ケアマネジメント業務と介護福祉関連法規について

（1）ケアマネジメント業務

【日総研】新人ケアマネ即戦力化マニュアル
【瀬谷出版】ケアマネジメント入門１ より

- 相談と面接（インテーク）及び契約について
- アセスメントとサービス担当者会議
- モニタリング
- 同一法人による集中減算における考え方（H27 改正）
- 暫定ケアプランとケアマネジメントの関係
- 複数サービス・給付の併用条件について
- 各加算の概要と算定条件
- 予防介護ケアマネジメントについて
- 包括支援ケアシステムとケア会議

（2）ケアマネが知っておくべき社会資源

【日総研】2014 ケアマネしあわせ便利帳より

- 社会保障制度の法体系の中での高齢者関連法規の位置づけ
- 公的扶助と社会福祉
- 高額介護(高額介護予防）サービス費【介護保険】
- 高齢者権利擁護関連法規
- 障害者総合支援法と障害者福祉
- 医療補助制度と資金貸付制度

ケアマネジメント業務について

①相談（インテーク面接）

相談とは
相手が安心して話せる場をつくり、信頼関係を築くと同時に介護保険について説明し、ケアプラン作成にあたって必要な情報を集める場となること

相談（面接）の目的

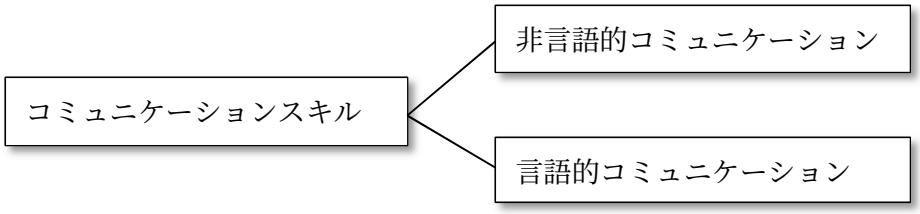
●相談者が安心して話せるように信頼関係をつくる
●介護保険制度、自分の事業所の特徴をしっかり説明する
●ケアプラン作成にあたって必要な情報を収集する

訪問相談について

利用者が入院中等で物理的に居宅にいない場合を除いては、少なくとも月１回の家庭訪問が義務付けられている。

面接に必要なコミュニケーションスキル

・説明責任（アカウンタービリティ）⇒リスクマネジメントにつながる



コミュニケーションで大切なこと

・まず、利用者家族との信頼関係を築くことが大切
・相手が話しやすくするような雰囲気を作る事
・後々でもめないようにしっかりと説明をして相手が納得できてるか確認しながら面談を進めることが大切
　⇒介護保険制度の簡単な説明
・守秘義務についても説明

②要介護認定

要介護認定とは

介護保険サービスを受けるために、保険者から受ける認定

申請代行を支援する

相談（面接）の中で確認された内容が介護保険制度により対応できると判断された場合、要介護認定の申請をすることになる。具体的には申請の代行などを行う。

要介護認定うまくいくコツ

・独居の方の場合、本人が緊張せず、リラックスして自分の現状が思せるように本人を力づけることのできる人に同席してもらう。

・介護者同居の場合、あらかじめ介護の手間が具体的にどの程度かかっているのか、文章などに箇条書きにしておいて調査にのぞむようアドバイスする。

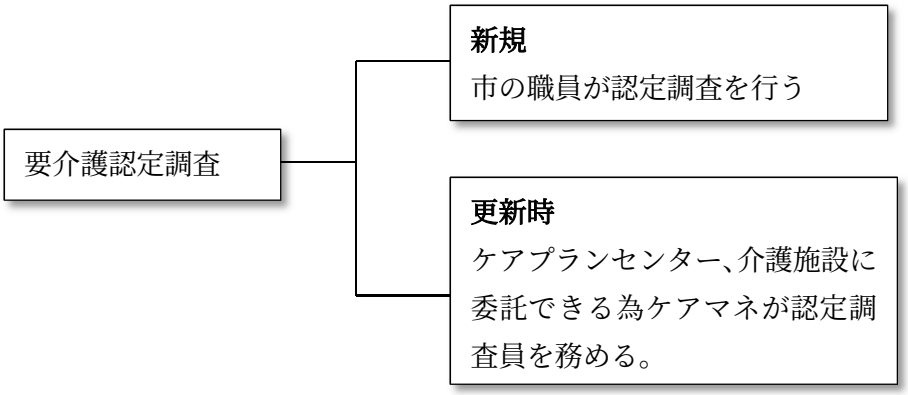
要介護認定の段階で発生する業務

①申請代行

面接を行う中で、相手が抱えている困難さや生活の課題が介護保険で対応可能と予測される場合には、
相手にその旨を説明し、介護保険の要介護認定申請の代行を行う。

②要介護認定調査

認定調査は原則として市（区）町村の職員が行うが、更新の場合は、指定居宅介護支援事業所や介護保険施設に委託することができる。そのため、ケアマネジャーは、依頼があった場合には認定調査の調査員も務めることになる



③暫定ケアプラン

要介護認定の申請から結果が出るまでには約 1 カ月かかる為緊急にサービスが必要な状態であれば
「暫定ケアプラン」を作作成する。（様式類は通常の居宅サービス計画書と同様のものを使う）。

暫定ケアプランは、認定が下りることを前提にサービスを事前に導入し、結果が下りてから正式な手続きを行う仮のケアプラン。
ただし、要介護皮が「自立」と出た場合、または要介護度の判定の通知前に他界された場合には、
利用したサービスは全額自己負担になることをあらかじめ説明する必要がある。
特に住宅改修などはかなり高額になる場合があるので、慎重に対処すること

平成 24 年改正で行われた有効期間の見直し

申請区分		原則の認定有効期間	認定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6 か月	3～12 か月
区分変更		6 か月	
更新	要支援⇒要支援	12 か月	
	要介護⇒要介護	12 か月	
	要支援⇒要介護	6 か月	
	要介護⇒要支援	6 か月	

③　契約

契約とは

利用者と事業所との間で結ぶ約束事

契約がうまくいくためには

・ケアマネージャーには説明責任（アカウンタービリティ）が求められる。
・バイステックの 7 原則を意識して
・重要事項説明書、契約書をわかりやすく説明すること
・居宅サービス計画書を作る必要性を説明
・後々、トラブルにならない為にも、本人だけでなく、家族にも同席してもらう事。（リスクマネジメント対策）

重要事項説明書の交付と契約

・ケアプラン作成の依頼があったときは、サービスに関する重要事項を説明し、それについて納得してもらったうえで契約を結ぶ必要がある。
・また、個人情報の同意書は、利用者・家族等それぞれの同意が必要となる。

↓

ケアマネージャーの説明責任とリスクマネジメント対策

事業所にて 2 部づつ作成
3 部を 1 セットとする

重要事項証明書
契約書
個人情報同意書

→

契約時
2 セットともサイン、捺印をいただく

→ 1 セットを事業所控えとしてファイルに綴じて保管

→ 1 セットを利用者に渡す

またこの段階で同時に伝えること

・サービス計画作成依頼届出書にサインをもらう事

・これから居宅サービス計画書を作成する事

【面接（対人援助技術）に必要な技法について】

◆バイステックの７原則（ソーシャルワークにもっとも使われる技法）

①個別化の原則

利用者を個人としてとらえ、利用者の問題状況に応じて個別的な対応をすること

②意図的な感情表出の原則

援助者が利用者の考えや感情（肯定的な感情も否定的な感情も）を自由に表現できるように働きかけなければならない。そして、その利用者の感情表現を大切に扱わなければならない

③制御された情緒関与の原則

援助者は自身の感情を自覚し吟味しながら、援助者が利用者の表出した感情を受容的・共感的に受け止めること

④非審判的態度の原則

援助者は利用者の言動や行動を、一般の価値基準や援助者自身の価値基準から良いとか悪いとか評価する態度を慎まねばならない。利用者のあるがままを受け入れれるように努め、利用者を一方的に非難してはならない

⑤自己決定の原則

援助者は利用者の意思に基づく決定ができるように援助していく。

⑥秘密保持の原則

利用者から信頼を得るためには、援助関係のなかで利用者の言動や状況を秘密（プライバシー）として守らねばならない

⑦専門的援助関係の原則

援助者は、個人的な関心・興味から利用者に関わってはならない。援助者は、常に専門職としての態度で臨まなければならない

◆コミュニケーションの種類(対人援助技術)

情報をやり取りするコミュニケーション

「名前を訊く」「住所を訊く」「それにこたえる」など日常によくおこなわれるコミュニケーション

感情をやり取りするコミュニケーション

利用者の感情を感じ取り、感じ取ったことを言葉にして返す事

情報と感情をやり取りするコミュニケーション

情報を求められたとき⇒情報を
感情を求められたとき⇒感情を
言葉にしてあらわす

④　居宅サービス計画作成依頼届出書の提出

・事業所が管轄する保険者（市区町村）に提出
・旨の届出と呼ばれる

居宅サービス計画作成依頼届出書の提出 → 保険者と国保連の「事業者台帳」「受給者台帳」に登録される

この提出を持って初めて介護報酬が発生することになる

⑤　アセスメント［利用者のニーズを探る、情報収集］

利用者宅に訪問し、居宅サービス計画書を作成するための情報収集を行う。
アセスメントは、契約が終わった段階で同時に行われることが多い

利用者の意向確認を行う
その利用者がいくらまでなら負担できるのか（負担可能額）の確認と、優先して利用したいサービスは何なのかを確認することが重要

課題分析のポイント

①相手の主訴に近いことから聞いていき、核心的な問いかけへと続ける
相手が一番話したいことから初めて必要な情報を確認していくこと

②一度ですべてを聞いてしまおうとしない
一度で聞いてしまおうとしないで、数回の訪問に分けて質問をしていくことも重要
人間は、当日より後々冷静になって考えることができる。その利点を生かし、場合によっては数回に分けて、情報収集することがよいサービスが提供できることを忘れずに

③強みと資源に着目
その方の工夫している点、知恵、努力している点も併せて尋ねることが大切
相談に来られる以前はどうしておられたか、どうやって暮らしておられたのかという事について尋ねることにより、その人自身の持つ力、柔軟性、暮らしのこだわりに気づくヒントになりうる。

④あくまでも傾聴スキルを忘れずに
情報収集と言えども、アセスメントの標準項目に沿って尋問的に聞くことはナンセンス
会話の中にねぎらいの言葉、利用者の苦悩の気持ちをくみ取る（傾聴スキル）が大切

事例　　**浴中に体を洗うことができない**

①に関して・・・・

この場合、ケアマネジャーはまず入浴動作に近い内容から相手の話を開いていくことになる。

なぜ洗うことが困難なのか。円背で背中にタオルが届かないのか、運動不足で両手が後ろに回らないのか、それとも……？

仮に円背であることがわかれば、次いで、更衣はどうか？　歩行は？杖やシルバーカーを利用しているのか？　普段の寝返りや起き上がりは？（ＡＤＬ情報）さらに、重いものを持つこともつらくはないか？買い物で米、しょうゆなど、どうしているか？　掃除や、洗濯、布団干しなどは？（ＩＡＤＬ情報）

そして、こうしたことを手伝ってくれる家族はいるのか？　これまでどうしてきたのか？

このように、情報収集では、まずアセスメントシートの順番に尋問的に相手に尋ねるのではなく、相手が一番話したいことから始めて必要な情報を確認していくことが大切。

②に関して・・・

次に、一度の訪問ですべて情報を聞いてしまおうと焦って、相手を質問攻めにしないことも大事。

たとえば、一人暮らしの認知症の疑いのある方への初回訪問では、観察して気がつける情報であればある程度は把握が可能だが、認知やコミュニケーション能力、社会との関わりや問題行動の有無など、一度の訪問だけでは把握できないこともたくさん。こうした場合には、今日の訪問で確認できることは何か、枠を設定し、臨機応変に質問項目を工夫することも大切。

③関して・・・・

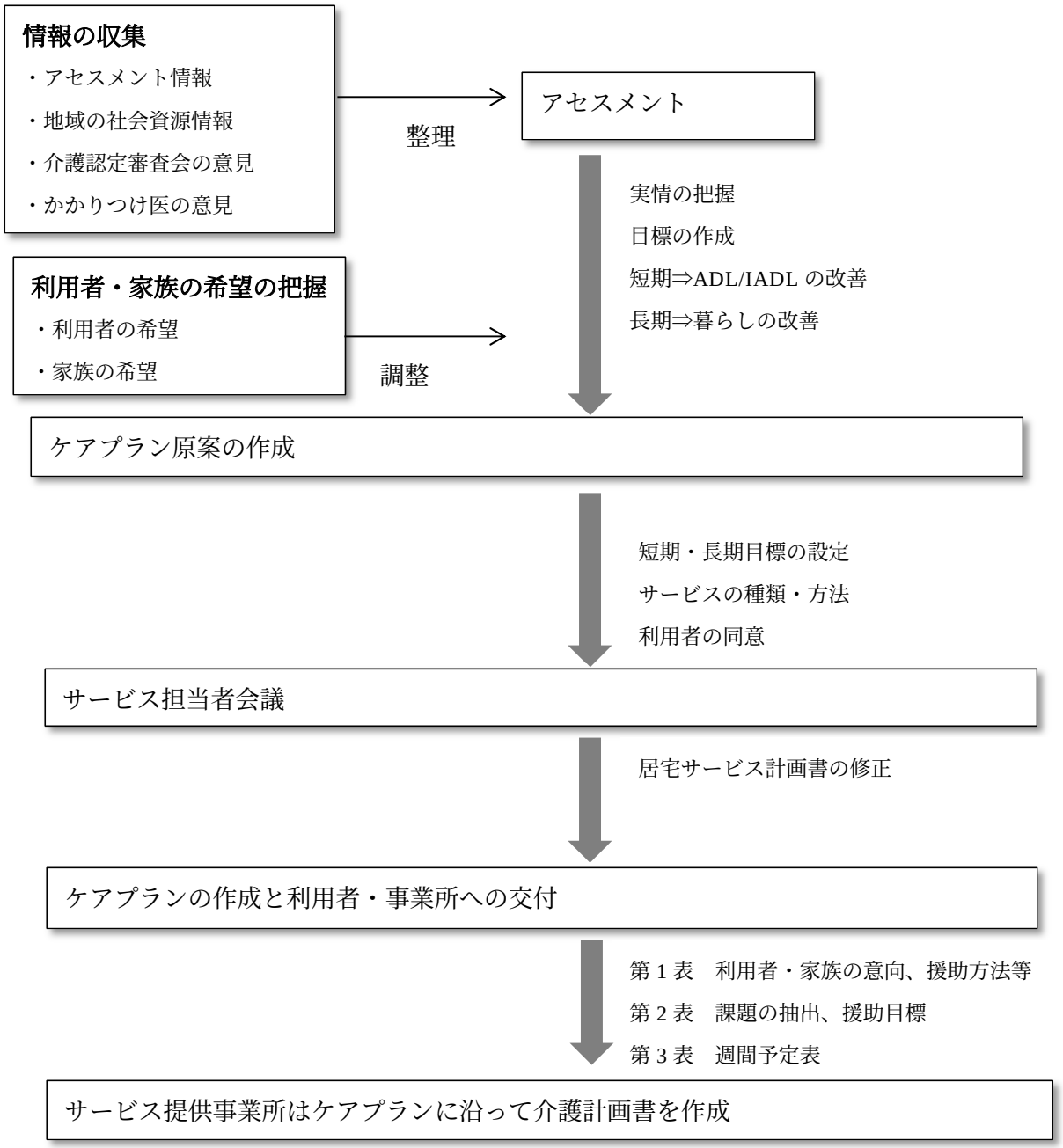
さらに、強みと資源への着目する。

先ほどの円背の方への質問では、円背であるための生活の困難を中心に尋ねていくことになるが、時に、その方の工夫している点、知恵、努力している点も併せて尋ねることが大切。

そうすると、長年の習慣で、重いものなどは生協などで購入していること、野菜や果物等は使う分だけ毎日シルバーカーで近くの八百屋で買っていること、布団干しなどは、近所の友人たちが交代で干してくれていることなど、話していただけることもありうる

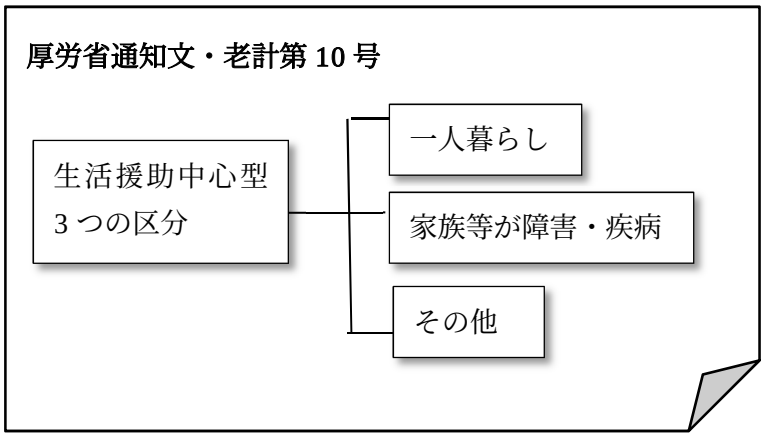
そのような会話を進めることでその人を取り巻く環境を理解することができ、使える社会資源は何かが分かってくるようになる。

⑥　居宅サービス計画書［ケアプラン］原案作成



生活援助中心型を居宅サービス計画書に組み入れる場合の注意点について

●「その他」の解釈に注意する



生活援助中心型３つの区分における「その他」について

「家族同居であって、その家族に障害、疾病がない場合であってもやむを得ない事情により、家族による家事が困難な場合をさす」として、家族の有無によって一律でサービスが利用できないという考え方を示している。

↓

アセスメントを行った上で、必要があれば算定できる
これは、日中独居などの利用者にとって必要な家事であれば、ケアプランに位置づけるようにとのメッセージととらえることができる。

福祉用具をプランに位置付ける際の注意点

福祉用具の種類により利用可能な人が定められているので注意

No	福祉用具の種類	利用可能な人
1	車いす・車いす付属品	日常的に歩行が困難な者 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
2	特殊寝台・特殊寝台付属品	日常的に起き上がりが困難な者 日常的に寝返りが困難な者
3	床ずれ防止用具・体位変換器	日常的に寝返りが困難な者
4	認知症老人徘徊感知器	移動において全介助を必要としない者 意思の伝達、介護をおこなう者への対応、記憶または理解に支障がある者
5	移動用リフト	日常的に立ち上がりが困難な者 移乗において一部介助または全介助を必要とする者 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
6	自動排せつ処理装置	排便において全介助を必要とする者 移乗において全介助を必要とする者

⑦　サービス担当者会議

開催時期について

①新規に居宅サービス計画を作成する場合
②要介護度更新時
③要介護度変更時
　①～③以外で、居宅サービス計画を変更する際には、関係者の意見を集約することが義務づけられている。

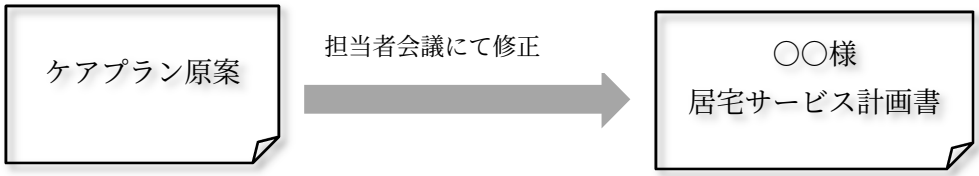
開催の狙い

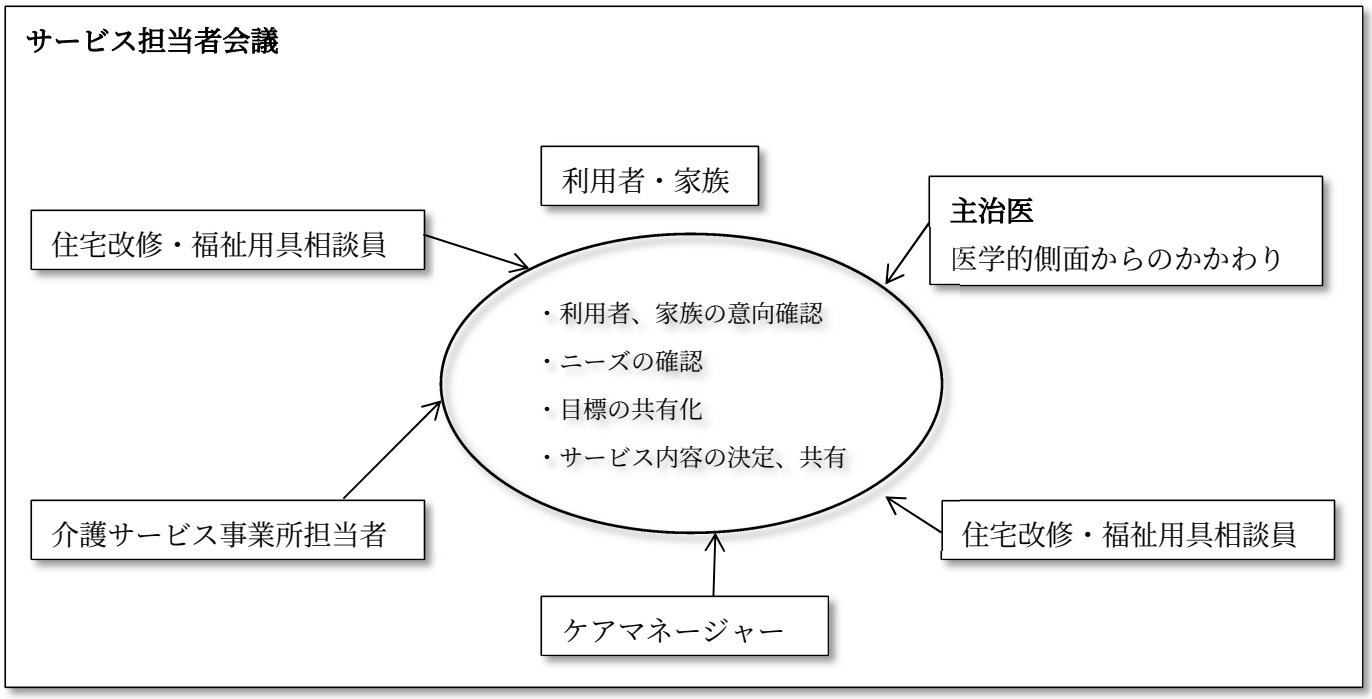
サービス関係者、利用者、家族それぞれの立場からの意見を出し合い、居宅サービス計画原案の見直しを行い、目標の共有化を図る。

福祉用具の貸与・販売が行われる場合の担当者会議の実施について

平成 20 年に、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時会議を開催すればよいとされた。

居宅サービス計画書（ケアプラン）原案からサービス担当者会議を経て改良され、居宅サービス計画書になる。





サービス担当者会議の目的

・利用者の状況等に関する情報の共有

・ケアプラン原案の内容について担当者の専門的見地からの意見の聴収

実際は、業務上、関係する全員が集まることが難しく、電話、ファックスのみで済ませていることが多い。（H24 年から介護保険法が改正され、担当者会議を開催しなければ、ペナルティーが科せられるようになった）

担当者会議の話し合い内容

・新規利用者との契約内容の打ち合わせ

・担当者との調整連絡

・利用者の課題

・利用者情報の共有

・利用者の家族の事業者への希望の聴取

記録の残し方

記録は要点を整理し、文書にしてファイル保存

後日、サービス事業者に交付する

注意

①情報の共有化

②専門的意見の聴収

③それぞれの調整

この 3 つのポイントを押さえて記録を取るようにする

「○○○を情報共有した」「○○○との専門的意見を聴取した」など語尾に注意して記録を残す

（実地指導対策の為）

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(省令第 38 号)

第十三条

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者 （以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合について は、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

利用者の様子、サービス利用状況について各サービス担当者が一堂に集まり、話し合う。また情報を共有する

①ケアプラン変更について

十四 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地か らの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

イ 要介護認定を受けている利用者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合

ロ 要介護認定を受けている利用者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

但し以下の場合は紹介などにより意見を求めることで代替可能

開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合
利用者の状態に大きな変化が見られなかった場合
同一事業所における週 1 回程度の単なるサービス利用回数の増減など軽微な変更の場合

軽微な変更の事例

サービス提供の曜日変更	目標もサービスも変わらない単なる事業所の変更
サービス提供の回数変更	福祉用具を同等の用具に変更する際に単位数が異なる場合
利用者の住所変更	目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
事業所の名称変更	担当ケアマネの変更
目標期間の延長	

②会議の収集と日程調整

事前に日程はもちろん話し合う内容も知らせておく（文書、FAX などで）
またサービス事業者によっては会議当日に契約する場合が多いためその点も事前に確認しておくことが必要となる。

↓

利用者のサービスを担当している各サービス事業者、利用者宅へ

サービス担当者会議を家族宅へ打診する文書例

○○　△△様　　平成 27 年○月○日

××ケアプランセンター
介護支援専門員　　○○　○○

いつもお世話になっております。
○○様について介護保険を利用されるに当たり、様々な関係者がかかわっていることもあり、一度、サービス担当者で顔合わせをし、皆で面談（打合せ）をさせていただきたいと思っております。

7 月上旬のどこかで 1 時間ほど、ご都合のよい時間がございますでしょうか。

【主に確認させていただきたいこと】
・ご本人（ご主人、ご家族を含む）の最近のご家庭での様子、生活状況、健康状態
・ケアプラン概況
・サービス利用開始日
・デイケア送迎時の注意点、雨天時の送迎方法

打合せ終了後、各サービスの契約、自費サービスの契約、その他詳細確認などを行います。

③サービス担当者会議に代わる照会

紹介で済ませてもよい場合

ケアプラン新規作成・変更時
・開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由によりサービス担当者会議への参加が得られなかった場合 ・ケアプランの変更であって利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合 ・状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合　など

認定切り替え時
・開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により会議への参加が得られなかった場合 ・ケアプランの変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合など

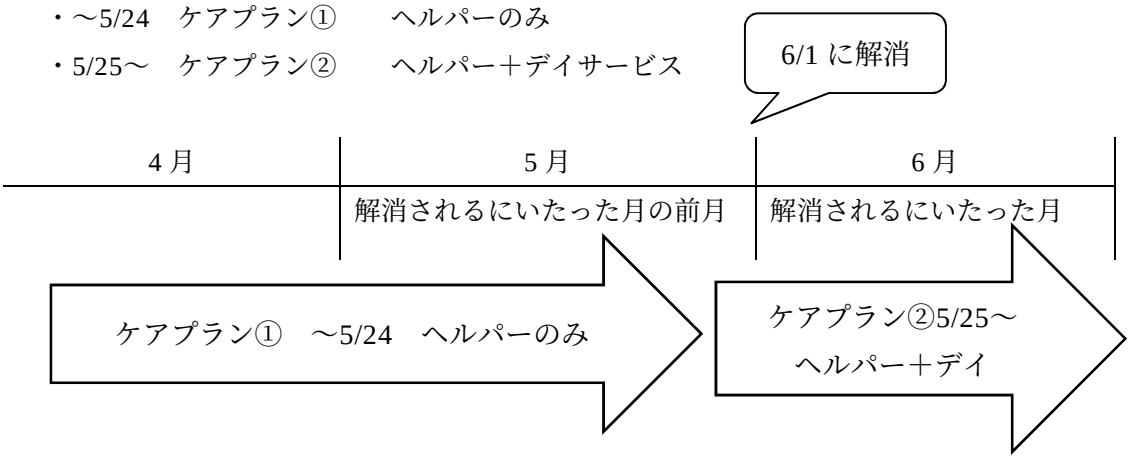
④サービス担当者会議の開催時期

会議の開催期限

算定基準の通知（省令第 38 号）
居宅サービス計画に係る月（以下該当月）から該当状態が解消されるに至った月までの前月まで減算とする

・サービス担当者会議には開催限度がある
・不備な状態が解消されるまでに至った月の前月まで減算
・新たなケアプランの初月内（月まで）にプロセスを完遂する

事例
・～5/24　ケアプラン①　　ヘルパーのみ
・5/25～　ケアプラン②　　ヘルパー＋デイサービス



6 月 1 日にサービス担当者会議を開催

↓

該当状態が解消されるに至った月

解消されるに至った月までの前月まで減算

↓

5 月が減算月

↓

遅くとも新たなケアプランの初月内（月末まで）にプロセスを経れば減算にならない

⑧モニタリング

モニタリングとは

ケアプランが適切に実行されているが、ケアプランの変更や事業者との連絡調整の必要はないが、利用者の生活が改善しているかを把握していくプロセス

モニタリングの方法

少なくとも１カ月１回、居宅訪問が義務づけられている。

モニタリングの記録

記録は２年間の保存が義務づけられている（しないと減算扱い）。

モニタリングについて

運営基準（省令第 38 号）

十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十三 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

減算規定

モニタリングはアセスメントに含まれる

↓

モニタリングの結果ケアプランを変更する際に、ベット居宅でアセスメントを行う必要はない

算定基準の留意事項

⑫ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第 12 号）

指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせて利用者に提供し続けることが重要である。このために介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。

⑭モニタリングの実施［第 14 号］
介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治の医師、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、当該指定居宅サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情のない限り、少なくとも１月に１回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、少なくとも３月に１回はモニタリングの結果を記録することが必要である。また、「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

例えば緊急の入院で面談ができない場合も「特段の事情」に該当する

減算規定を要約すると

・モニタリング＝実施状況の把握＋再アセスメント
・該当事業所の介護支援専門員が一月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接をしていない場合は格段の事情がない限り、その月から、該当状態が解消されるまでに至った前月までを減算とする。
・当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が 1 か月以上継続する場合には、特段の事情がない限り、その月から該当状態が解消されるにいたった前月までを減算とする。

問題となる状況の修正について

モニタリングの事例

【モニタリング時の訴え】
利用者より、やってほしいことを何もしてくれない。怠慢。あのヘルパーはよくないので、変えてほしいとの訴えあり。

【ヘルパーよりの聞き取り】
窓ふきと、お孫さんのお弁当作りを依頼されてしまう。これはできない援助だと言ってもわかってくれない。毎回サービス提供責任者から説明するが、怠慢だと言って開き入れてくれない。

【事実分析】
今回の利用者の主訴は、介護保険サービスへの理解が不十分であるために起こっている。ケアマネジャーとして、制度の説明を十分に行えていなかったことが問題。ヘルパーが悪いのではなく、そういう制度であることを改めて説明する必要あり。

【対応】
制度の詳細な説明。さらに、窓ふき、お孫さんのお弁当作りが可能なＮＰＯの自費サービスの紹介を行うこととする。

モニタリングで問題があった場合の具体的な改善方法

①個別事業所に問題がある場合

個別の事業者に問題がある場合には、利用者から詳細な情報を集めて事実関係を明らかにし、至急事業所の責任者（管理者）に申し入れ、協議の上、改善するなどの具体的な対応を求める。また、同様の申し入れをしたにもかかわらず状況が改善されない場合は利用者にその旨説明し、速やかに事業者を変更する。

また、事業所に悪質な違反などが見られる場合などについては、他の事業所への情報提供が必要なので、保険者（市区町村）への報告も必要

②ニーズが変化した場合

最初にアセスメントしたときと比較し、本人の状態または家族を含めた環境が変化するなど、ニーズが変化した場合には、「ケアプラン（個別の援助計画）の変更」を検討する。また、必要に応じて、サービス担当者会議（全体の会議、特に関係がある事業者だけのミニ・カンファレンス、電話連絡、その他）により、「目標」やサービス提供の変更を行うことも考えられる。

③利用者等に問題がある場合

介護者が利用者を放置するなど、虐待の可能性がある利用者を担当することもある。この場合には、早いうちに保険者・地域包括支援センターに連絡をして、アドバイスを得ることも大切。

自分の力量では対応できないと思われる場合には、早いうちに他の専門職など、他者の支援を得るようにする。

④その他の場合

認知症の単身者など、認知症の進行などで在宅生活が危うくなる可能性を持つ高齢者の場合には、再度支援方針の見直しを行うとともに、本人の意向を尊重しつつ、事前に施設入所の検討をしておくことも大切。

施設への申し込みの方法などは地域包括支援センター、または介護保険担当窓口に問い合わせをしてみること

モニタリングで大切なこと

利用者に何らかの変化が生じた場合 → 事業所、病院など関係機関の担当者に連絡すること

介護サービスの提供は利用者・サービス事業所・医療機関などチームワークのでき次第で決まる！！

利用者希望によるケアプランの「軽微な変更」の場合

軽微な変更の場合のケアプランの扱い

軽微な変更 → ケアマネジメントプロセスは不要

明らかな変更 → ケアマネジメントプロセスは必要

①軽微な変更への対応例

ケアプランに沿ってサービス提供

↓

デイサービスへモニタリング実施
デイサービススタッフ「すごく楽しく運動も出来たから、来月も今月同様にお願いしたい t とおっしゃっていましたよ。

↓

利用者へモニタリング訪問
利用者「デイサービスの準備をしてくれる家族の都合で利用する曜日を火曜から木曜に変えたいの」

↓

デイサービスに曜日の変更と連絡調整

↓

ケアマネジメントプロセスは行わない

②ケアプラン変更への対応例

ケアプランに沿ってデイサービス利用

↓

デイサービスにモニタリング実施
デイサービス職員「介護者である家族が入院されたとのことでした」

↓

利用者へのモニタリング訪問（継続的アセスメントを含む）
利用者「介護者が入院してしまって独居状態で、食事面で困っています。ホームヘルパーを利用したいんです。」

↓

変更ケアプランの原案作成

↓

サービス担当者会議を開催

↓

原案に対する説明を行い、同意を得た後、確定ケアプランを作成、交付

ケアマネジメントプロセスをおこなう

居宅での面接が行えなくても減算に該当しないと考えられる事例

ショートステイで長期入院中
通所介護の保険外事業として長期宿泊中
一時的に親せき宅や別荘に生活場所を移している場合

モニタリングの記録

介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の刑事について（老企第 25 号）
第 5 表：「居宅支援経過」
モニタリングを通じ把握した、利用者やその家族の意向、満足度等、目標の達成度、事業所間の調整内容、居宅サービスの変更の必要性等について記載する。漠然と記載するのではなく、項目毎に記載するように努める

モニタリング記録に盛り込むべき項目
・利用者やその家族の移行、満足度
・目標の達成度
・事業者との調整内容
・居宅サービス計画の変更の必要性　など

モニタリングのポイント

主なモニタリングのポイント	把握できる情報など
サービス提供票の実績	1カ月のサービス利用状況
各サービスの実施記入　報告書	サービス内容など
連絡ノート	サービス事業者から見た利用者の様子など
医療機関の検査結果	健康状態
お薬手帳，薬	健康状態，医師の考えなど
カレンダー	生活状況や社会参加
アルバム，レターラック	過去の人間関係，キーパーソン
ポスト	社会手続きなど
ごみ箱，残飯	食生活，金銭管理など
便器，布団などの汚れ	健康状態など
冷蔵庫	食生活，衛生管理など
年賀状，正月やお盆の過ごし方	誰と過ごしたかなど→キーパーソン
入退院の状況	誰を頼るか→キーパーソン

■同一法人による集中減算における考え方（H27 改正）

正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が 90%を超える場合の減算の適用について、適用要件の明確化を図りつつ、減算の適用割合を引き下げるとともに、対象サービスの範囲については、限定を外す。

特定事業所集中減算 △200 単位 ⇒ 変更なし

※ 算定要件等
○ 正当な理由なく、特定の事業所の割合が 80%を超える場合に減算する。

事例訪問介護を位置づけたケアプラン数のうち A 法人が最も多い場合の集中減算の算出方法

A 法人の訪問介護を位置づけたケアプラン数÷訪問介護を位置づけた全ケアプラン数

訪問会を位置づけているケアプラン数［利用票の数］		訪問介護事業所（別法人）の数			
		A 法人	B 法人	C 法人	各ケアプラン法人数
利用者 1	1	○	―	―	1
利用者 2	1	○	○	―	2
利用者 3	1	○	○	○	3
利用者 4	1	○	―	―	1
利用者 5	1	―	○	○	2
利用者 200	1	○	―	―	1
ケアプラン数	200(b)	185(a)	68	22	275
集中率(%)		**92.5(c)**	**34**	**11**	

特定事業所集中減算適用
c ＝「A 法人の訪問介護を位置づけたケアプラン数(a)÷
「訪問介護を位置づけた全ケアプラン数(b)

減算が適用されない「正当な理由の範囲」とは

サービス種別で見た場合に、事業所数 5 事業所未満のサービス

ケアプランに位置づけられている件数が月平均 10 件以下のサービス

例）　訪問看護が位置付けられたケアプラン数が 1 か月あたり平均 5 件
通所介護が位置付けられたケアプラン数が 1 か月あたり平均 20 件の場合

↓

減算適用　⇒紹介率が最高法人である訪問看護業者
減算非適用　⇒　〃　　通所介護事業者

（離島等）特別地域のケアマネ事業者

ケアプラン数が月平均 20 件以下

利用者から理由書の提出を受け、地域ケア会議などに提出しているケアプラン

例　利用者ら質の高いことを理由に「そのサービスを利用したい」旨の理由書を提出を受けており、地域ケア会議や包括支援センターが実施する事前検討会などにその利用者のケアプランを提出し、支援内容について意見、助言を受けている者［様式は任意］

都道府県知事などが認めた場合

変更と初回加算算定の関係

①他事業所からの担当変更

他事業所のケアマネの退職に当たり担当を翌月より引き継ぐことになった

↓

遅くとも翌月の月末までにケアマネジメントを実施

↓

従前のケアプランと比べて変化のないケアプランを作成・交付

↓

初めてケアプランを作成するのであれば初回加算の**算定は可能**
もし**ここで担当者会議を開催しなければ運営基準減算となり初回加算は算定できない**

②要介護・要支援の変更

ケース 1

介護予防支援を委託している居宅支援事業所が A から B に変更

↓

遅くとも翌月の月末までにケアマネジメントを実施

↓

前任の A 事業所とは異なる内容で介護予防計画を作成・交付

↓

給付管理を実施する介護予防支援事業所には変更ないことから初回加算は**算定不可**

ケース 2

要介護から要支援に変更。従前ケアプランを作成していた居宅支援事業所が委託を受けた。担当ケアマネに変更は無し）

↓

一連のケアマネジメントプロセスを実施

↓

介護予防サービス計画も含めて作成

↓

指定介護予防支援事業所にとって初めての給付管理対象者であり一連のプロセスを実施していることから**初回加算は算定可能**

暫定ケアプランとケアマネジメントの関係

①暫定ケアプランと確定ケアプランに「変更」がない場合

認定状況	**認定申請中**	→	**要介護 1 確定**
ケアマネ業務	居宅アセスメント、サービス担当者会議などの一連のプロセス		一連のプロセスがなくても減算にはならない ↓
ケアプラン状況	暫定ケアプラン（車いす利用）	→	確定ケアプラン A(車いす)

②暫定ケアプランとアック亭ケアプランに「変更」がある場合

認定状況	**認定申請中**	→	**要介護 1 確定**
ケアマネ業務	居宅アセスメント、サービス担当者会議などの一連のプロセス		一連のプロセスが必要 ↓
ケアプラン状況	暫定ケアプラン（車いす利用）	→	確定ケアプラン B(目標が変更となり車いすとデイサービスの利用

認定切り替え時におけるケアマネジメントプロセス

老企第 22 号

第 13 条

十五　介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

イ　要介護認定を受けている利用者が法第二十八条第二項 に規定する要介護更新認定を受けた場合

ロ　要介護認定を受けている利用者が法第二十九条第一項 に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

ケアマネジメントプロセスが必要な場合

・新規認定時

・要介護区分の変更

認定が変わったからと言って全てが「ケアプランの変更」　として扱われるものではない

必ずしも新規作成時において同じケアマネジメントプロセスは必要ない。

老企第 22 号　3 運営に関する基準

⑮ 居宅サービス計画の変更（第 15 号）

介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準第 13 条第 3 号から第 11 号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

なお、利用者の希望による軽微な変更(例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が基準第 13 条第 3 号から第 11 号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの)を行う場合には、この必要はないものとする。

必ずしも認定更新時にサービス担当者会議の結果ケアプランが変更しなくてもよいことが読み取れる

認定が変わったが、利用者ニーズやサービスが変わらない場合のプロセス例

	認定状況	ケアプランの内容	ケアプラン上の手続
4 月	要介護 1	週 2 回のデイサービスのみのケアプラン（A）	①更新申請 ②居宅にてモニタリング（継続的アセスメント含む）実施、翌月もケアプラン（A）の内容で継続決定
5 月	要介護 1 5 月末まで	週 2 回のデイサービスのみのケアプラン（A）	居宅にてモニタリングを実施。6 月以降のケアプランについてニーズや必要なサービスに変化がない為ケアプラン（A）の継続が必要と判断。週 2 回のデイサービスのみの暫定ケアプラン（A）を作成して交付
6 月	申請中 ↓ 要介護 2 （6/1～）	・週 2 回のデイサービスのみの暫定ケアプラン（A）の実施 ・これまで通り、週 2 回のデイサービスの未利用を継続	月半ばに要介護 2 と認定。先に作成した暫定ケアプラン（A）の内容の内容について「変更の必要性」があるかについてサービス担当者会議を開催。 その結果、変更の必要性がないものと判断され継続が決定。 暫定ケアプラン（A）の再作成は軽微な変更と判断しサービス担当者会議などを省略したうえで交付

複数サービス・給付の併用条件について

・原則的に、目的や内容の同じサービスの重複給付はできない
・同じような内容のサービスでも、使用目的などが異なる場合は給付可能
・介護保険リハと医療保険リハの併給要件もある

給付 サービス1		給付 サービス2	可否	併給要件
車いすA	＋	車いすB	△	原則的に，複数の同一種目の貸与はできず，1つに限られる。ただし，屋内用と屋外用で使用するために2つの車いすを貸与する場合など，当該利用者に必要性が認められる場合には，複数の貸与も給付対象とする保険者が多い。
訪問介護	＋（同じ時間帯）	訪問看護 訪問リハビリ 訪問入浴	△	同一時間帯の利用が介護のために必要と認められる場合に限って，それぞれ算定。
訪問介護	＋（同じ時間帯）	訪問診療	△	上記準用が妥当。
訪問看護 （介護保険）	＋（同じ期間）	精神科訪問看護	○	精神科訪問看護・指導料（医療保険）は介護保険による訪問看護と併給可。
A予防通所リハビリ	＋ （同じ期間）	B予防通所リハビリ	×	月当たりの定額制が導入される介護予防サービスは，複数の事業所を利用することはできず、1つの事業所を選択する必要がる。

（予防）通所リハビリ	→ （入所前）	介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所療養介護	△	機械的にサービスをケアプランに組み込むことは適切でない。
通所リハビリ	＋ （同じ期間）	訪問リハビリ	△	通所サービスを優先的に考えた上で，訪問サービスと同様のサービスが担保されない場合は併給可能。
訪問リハビリ 通所リハビリ	＋ （同じ期間）	疾患別リハビリ （医療保険）	△	同一の疾患などについて，疾患別リハビリ（医療保険）とは別施設で介護保険のリハビリを（日程が重ならないで）提供する場合は2カ月間併給できる。
A通所介護	＋ （同じ期間）	通所介護	○	複数の通所介護事業所を利用することは可能（通所リハビリも同様）
認知症対応型 通所介護 通所リハビリ	＋ （同じ期間）	精神科デイケア	△	同一日でない場合は算定可能。
通所サービス	＋ （利用中）	併設医療機関	△	緊急やむを得ない場合のみ。受診に要する時間は通所時間から差し引く
通所サービス	＋ （利用の前後）	併設医療機関	△	受診は可能であるが，一律に機械的に通所サービスの前後に組み入れることは適切でなく，当日の利用者の心身の状況サービスの見直しなどの必要性に応じて行われるべきもの。
短期入所生活介護	＋ （利用の前後）	訪問介護 通所介護 訪問入浴 通所リハビリ 訪問看護 訪問リハビリ	○	機械的にサービスをケアプランに組み込むことは適切でない
介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所療養介護	→ （退所日）	通所リハビリ 訪問看護 訪問リハビリ 居宅療養管理指導	×	
介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所療養介護	→ （退所日）	訪問介護など 福祉系サービス	○	
訪問・通所 サービス	→ （入所日）	介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所療養介護	○	施設サービスや短期入所サービスでも機能訓練やリハビリを行えることから，入所（入院）前に通所介護または通所リハピリを機械的に組み込むといったケアプランは適切でない。
介護保健施設・ 医療機関の入所 （入院）中	＋ （外泊時	居宅サービス	×	

居宅療養管理指導黄（介護保険）	＋（同じ日）	訪問看護ステーションの訪問看護費（介護保険）	△	訪問看護ステーションと医療保険でいう「特別な関係」にある保険医療機関において，医療機関が居宅療養管理指導費（介護保険）を算定した日と同一日に訪問看護ステーションの訪問看護費（介護保険）を算定することは，別の時間帯に別のサービスとして行われた場合，可能である。
訪問診療（医療保険）	＋（同じ日）	訪問看護 訪問リハビリ（介護保険）	△	別の時間帯に別のサービスとして行われた場合，それぞれ算定可能。
訪問診療（医療保険）	＋（同じ日）	医療機関の薬剤師，管理栄養士の居宅療養管理指導	×	医療保険による訪問診療を算定した日に，医療機関の薬剤師，管理栄養士の居宅療養管理指導を算定できない（医療機関の薬剤師，管理栄養士の居宅療養管理指導を行った後，患者の病状の急変などにより往診を行った場合を除く）。

医療保険の訪問看護と介護保険の関係

原則は介護保険給付が優先となる

以下の場合は医療保険が優先となる

末期の悪性腫瘍	ライソゾーム病
多発性硬化症	副腎白質ジストロフィー
重症筋無力症	脊髄性筋萎縮症
スモン	球脊髄性筋萎縮症
筋萎縮性側索硬化症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
脊髄小脳変性症	頸髄損傷または人工呼吸器を使用している状態
パーキンソン病関連疾患 ※進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症，パーキンソン病→ホーエンヤールの重症度分類がステージ3以上であって，生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る。	パンチントン病
プリオン病	進行性筋ジストロフィー症
急性硬化性全脳炎	多系統萎縮症 ※線条体黒質変性症，オリーブ橋小脳萎縮症，シャイドレーガー症候群
後天性免疫不全症候群	
急性増悪，終末期，退院直後など頻繁に訪問看護が必要な場合であって，医師より特別訪問看護指示書が出されている人	

介護老人保健施設・介護療養型医療施設の退所・退院日でも訪問看護（介護保険）が算定可能な利用者

原則的に，医療系介護施設の退院・退所日に訪問看護は使得ない

以下の場合は例外的に併給が可能

特別管理加算対象者	在宅自己腹膜濯流指導管理	気管力ニューレ・ドレーンチューブ
	在宅血液透析指導管理	留置カテーテル
	在宅酸素療法指導管理	人工肛門・人工膀胱を設置
	在宅中心静脈栄養法指導管理	真皮を越える褥瘡
	在宅気管切開患者指導管理を受けている状態など	

介護保険が優先されず類似の医療保険が給付される例

訪問看護	①治医から特別指示書が交付されている。 ②末期がん，難病などの患者 ③入院中（外泊日含む）に退院に向けて訪問看護を行う場合
訪問 リハビリテーション	急性増悪などにより一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う 必要がある場合（6カ月に1回，14日間に限る）
訪問 通所リハ	同一の疾患などについて，疾患別リハビリテーション（医療保険）とは別施設で介護保険のリハビリテーションを（日程が重ならないで）提供する場合は2カ月間併給できる。
認知症対応型通所介護 通所リハビリテーション	左記サービスと同一日でない場合の精神科デイケアなどは算定可能。

ケアプランの交付の重要性と留意点

主治医	特に訪問診療，居宅療養管理指導などとの重複訪問の回避のために週間スケジュールなどの交付が重要。
生活保護の 担当ケースワーカー	双方の情報共有に必要です。特に介護券の交付のために利用票，別の交付が重要
関係者以外の親族など	（場合によるが）老々介護の世帯などでキーパーソンが別居の親族などの場合は，交付しておくと，いざという時に連携しやすい

個別サービス計画の提出依頼

・ケアプランを各担当者に交付したら, 担当者に訪問介護計画, 通所介護計画などの個別サービス計画の提出を求める。

・訪問入浴，居宅療養管理指導には個別サービス計画の作成義務がなく，ショートステイではおおむね 4 日以上連続して利用する場合にその作成義務が規定されている

入院時情報連携加算

その他，支援経過記録（またはケアプラン）に記載すること	
入院時情報連携加算	情報提供を行った日時，場所（医療機関へ出向いた場合），内容提供手段（面談，ファクスなど）など
緊急時等居宅カンファレンス加算	カンファレンスの実施日（指導した日が異なる場合は指導日も併せて），カンファレンスに参加した医療関係職種などの氏名，カンファレンスの要点
退院時共同指導料（医療機関が請求）	入院中の病院の医師と退院後の主治医，看護師などと共同で利用者に指導を行った場合は，その内容を記載し，提供された文書を添付。
居宅療養管理指導	情報提供および必要な助言を受けた内容

各加算の概要と算定条件

初回加算
①新規に居宅サービス計画を作成する場合 ②要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 ③要介護状態区分が 2 区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

入院時情報連携加算（1 人につき 1 カ月に 1 回）
入院するに当たって，病院または診療所の職員に，入院してから遅くとも 7 日以内に，必要な情報＊を提供した場合に加算する。（Ⅰ とⅡのどちらかに限る）。
（Ⅰ）
医療機関へ出向いて，当該医療機関の職員と面談し，必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定
（Ⅱ）（Ⅰ）以外の方法により必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定
＊提供する情報の例 ・疾患・病歴，認知症の有無や排掴などの行動の有無など ・家族構成，生活歴，介護者の介護方法や家族介護者の状況など ・サービスの利用状況 ※情報提供を行った日時，場所（医療機関へ出向いた場合），内容，提供手段（面談，ファクスなど）などについて居宅サービス計画などに記録しておく必要がある。なお，情報提供の方法としては，居宅サービス計画などの活用などが考えられる。

退院・退所加算（入院・入所期間中につき 3 回を限度）
退院・退所に当たって，病院，診療所，介護保険施設などの職員と面談を行い，利用者に関する必要な情報を得た上で，居宅サービス計画を作成し，居宅サービスなどに関する調整を行った場合には，サービス利用開始月に加算 ただし，初回加算を算定する場合は算定しない。
入院・入所期間中 3 回まで算定することができる。（医師などからの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し，必要な情報を得た上で，居宅サービス計画を作成し，居宅サービスなどの調整を行った場合を含む）。 **〈3 回算定の条件〉** 3 回のうち 1 回について，入院中の担当医などとの会議（カンファレンス）に参加して，退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上で，居宅サービス計画を作成し，居宅サービスなどの利用に関する調整を行った場合に限る。

〈1 日に複数回の算定〉
同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合，またはカンファレンスに参加した場合でも，1 回として算定。

〈情報入手の期間〉
退院後 7 日以内に情報を得た場合には算定可能（原則，退院・退所前が望ましい）。
〈記録〉
上記会議（カンファレンス）に参加した場合は，会議（カンファレンス）などの日時，開催場所，出席者，内容の要点などについて居宅サービス計画に記録し，利用者または家族に提供した文書の写しを添付する必要がある。（入院時情報連携加算の様式ではない）。

小規模多機能型居宅介護事業所連携加算
介護支援専門員が，小規模多機能型居宅介護事業所（以下，小規模）に出向き，利用者の居宅サービスの利用状況などの情報提供を行うことにより算定を行う。ただし，利用開始日前 6 カ月以内にこの加算を算定した利用者は算定できない。また，利用者が小規模の利用を開始した場合にのみ算定できる

看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算
上記「小規模多機能型居宅介護事業所連携加算」と同趣旨。

緊急時等居宅カンファレンス加算（1 人につき 1 カ月に 2 回を限度）

イ特定事業所加算（Ⅰ）	（Ⅱ）	（Ⅲ）
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。（Ⅱ）と（Ⅲ）は○の付いた項目を満たすこと。		
（1）常勤専従の主任介護支援専門員を 2 人以上配置		
常勤専従の主任介護支援専門員は，その居宅介護支援事業所の業務に支障がない場合は，同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えない。		
（2）常勤専従の介護支援専門員を 3 人以上配置	○	
常勤専従の介護支援専門員 3 人とは別に，主任介護支援専門員を置く必要がある。したがって，少なくとも主任介護支援専門員および介護支援専門員 3 人の合計 4 人を常勤かつ専従で配置する必要がある		
（3）利用者に関する情報またはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達などを目的とした会議を定期的に開催	○	○
「利用者に関する情報またはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達などを目的とした会議」は，次の要件を満たすものでなければならない。 ①議題については，少なくとも次のような議事を含める必要がある ・現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針 ・過去に取り扱ったケースについての問題点およびその改善方策 ・地域における事業者や活用できる社会資源の状況 ・保健医療および福祉に関する諸制度 ・ケアマネジメントに関する技術 ・利用者からの苦情があった場合は，その内容および改善方針 ・その他必要な事項 ②議事については，記録を作成し，2 年間保存しなければならない ③「定期的」とは，おおむね週 1 回以上をいう		

（4）24 時間連絡体制を確保し，かつ，必要に応じて利用者などの相談に対応する体制を確保	○	○
24 時間連絡体制とは，常時担当者が携帯電話などにより連絡を取ることができ，必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとる必要があり，その事業所の介護支援専門員が輪番制による対応等も可能。		

（5）算定日が属する月の利用者の総数のうち，要介護 3～5 が 40%以上		
要介護 3，要介護 4 または要介護 5 の者の割合が 40%以上であることについては，毎月その割合を記録しておく必要がある。 なお，特定事業所加算を算定する事業所については，積極的に支援困難ケースに取り組むべきこととされており，こうした割合を満たすだけでなく，それ以外のケースについても，常に積極的に支援困難ケースを受け入れるべきものである。 また，（7）の要件のうち，「地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合」に該当するケースについては，例外的に（5）の 40%要件の枠外として取り扱うことが可能（すなわち，そのケースについては，要介護 3～5 の者の割合の計算の対象外として取り扱うことが可能）。		

（6）居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し，計画的に研修を実施	○	○
「計画的に研修を実施していること」については，その事業所における介護支援専門員の資質向上のための研修体系とその研修実施のための勤務体制の確保を定めると共に，介護支援専門員について個別具体的な研修の目標，内容，研修期間，実施時期などについて，毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。また，管理者は，研修目標の達成状況について，適宜確認し，必要に応じて改善措置を講じなければならない。なお，年度の途中で加算取得の届け出をする場合にあっては，その届け出を行うまでにその計画を策定すればよい		

（7）地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても，その支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供	○	○
特定事業所加算算定事業所は，自ら積極的に支援困難ケースを受け入れなければならず，また，そのため，常に地域包括支援センターとの連携を図らなければならない		

（8）地域包括支援センターなどが実施する事例検討会などに参加		

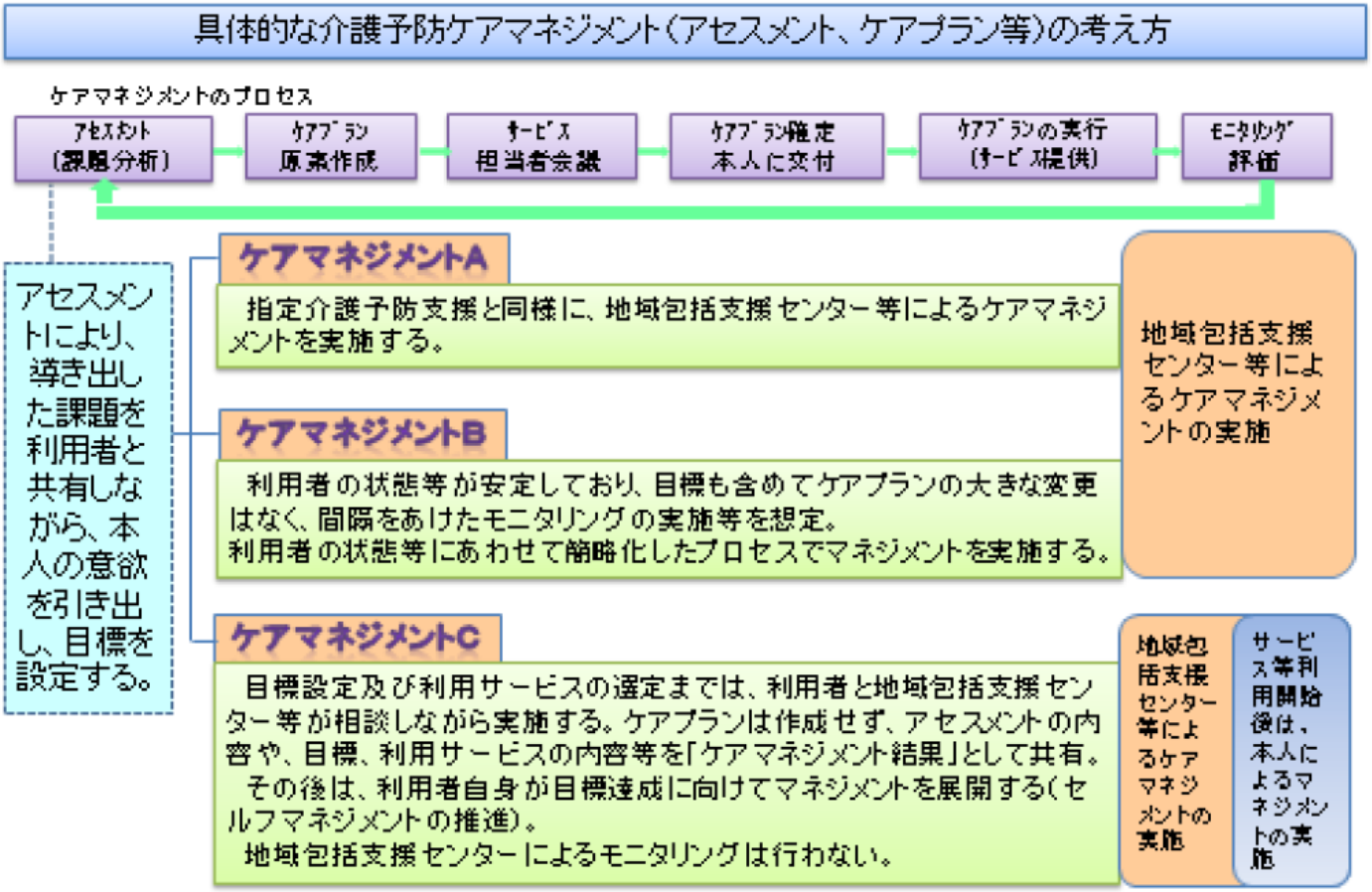
（9）居宅介護支援費に係る運営基準減算または特定事業所集中減算の適用を受けていない	○	○
（10）居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数がその居宅介護支援事業所の介護支援専門員 1 人当たり 40 人未満	○	○
取り扱う利用者数については，原則として事業所単位で平均して介護支援専門員 1 人当たり 40 人未満であれば差し支えない。		

（11）法定実務研修科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」などに協力または協力体制を確保（平成 28 年度実務研修試験の合格発表日から）	○	○
実習生受け入れの際には書面などによって提示しなければならない		

主任ケアマネとケアマネの配置基準の比較			
	（Ⅰ）	（Ⅱ）	（Ⅲ）
常勤専従の主任ケアマネジャー	2人以上	1人以上	1人以上
常勤専従のケアマネジャー	3人以上	3人以上	2人以上

■区分

	A	B	C
	原則版	簡略版	初回のみ
利用サービス	・サービスA （訪問・通所事業所を利用） ・サービスC （短期集中予防サービス） Aサービス Cサービスのミックス	主にAやC以外のケース （民間事業所、NPO法人など雇用者によるサービス）	配食サービス、サービスA サービスCの補助 NPO,ボランティアによるサービス
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	
サービス担当者会議	○		
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプランの確定・甲府	○	○	△［ケアマネジメントの結果を共有］
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○（給付管理）	△（適度）	



■介護予防ケアマネジメント A の委託手順（地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との関係）

地域包括支援センター

①利用申込
利用申し込みの受け付け

②契約締結
利用申込者との契約締結

③セスメント

利用者情報の入手
市区町村から認定調査結果、主治医意見書を入手する

介護予防支援業務の委託
・利用者台帳、基本本チェックリストなどでアセスメントを行う
・利用者台帳、基本チェックリスト、認定調査結果、主治医意見書などを居宅支援事業所に交付

業務締結

帳簿類の提供

居宅介護支援事業所

③セスメント

介護予防支援業務の受託
必要書類を入手し利用者宅を訪問する
訪問の結果を踏まえ具体的な支援策を提案、利用者と調整する

④介護予防ケアプラン原案の作成
・アセスメントの結果をもとにケアプラン原案を作成
・作成した原案をもとにサービス利用について地域包括支援センター、サービス事業所などと調整する
・利用者、家族サービス提供担当者など関係者を集め今後の支援策を協議する
・担当者会議後の介護予防ケアプランについて包括支援センターの承諾を得る

⑥介護予防ケアプランの説明と同意
利用者、サービス事業所、地域包括支援センターへの交付

交付

⑥介護予防ケアプランの授受
居宅介護支援センターより予防ケアプランの授受

⑦モニタリングの提供

モニタリング

・少なくとも 3 か月に 1 回は利用者宅を訪問し面接する

・利用者宅を訪問しない月はサービス事業者における面接、電話などにより利用者の状況を確認する

・月に 1 回は介護予防支援経過記録にモニタリングの結果を記録する
サービス事業者から少なくとも月に 1 回は書面にて報告を受け地域包括支援センターに報告する

・利用者の状況に変化があった場合は必要に応じて計画の見直しを行う

⑧評価

・3 か月~6 か月に 1 回は利用者宅を訪問し計画の達成状況を把握する

・介護予防サービス、支援評価表を作成し、地域包括支援センターに報告

⑨給付管理

月初めに実績を確認し、給付管理票を作成。地域包括支援センターに送付

給付管理票送付

⑧評価

居宅支援事業者が行った評価について確認を行い、今後の方針について必要な助言、指導を行う

⑨給付管理

居宅支援事業所から送付された給付完了を確認

⑩介護報酬の請求と支払

介護報酬の請求

・介護報酬請求書類を作成し、給付管理票とともに国保連に請求

・国保連から介護報酬を受領する

⑪委託料支払い

居宅支援事業者に介護予防業務に係る委託料を支払う

支払

⑪委託料受領

地域包括支援センターからの委託料の受領

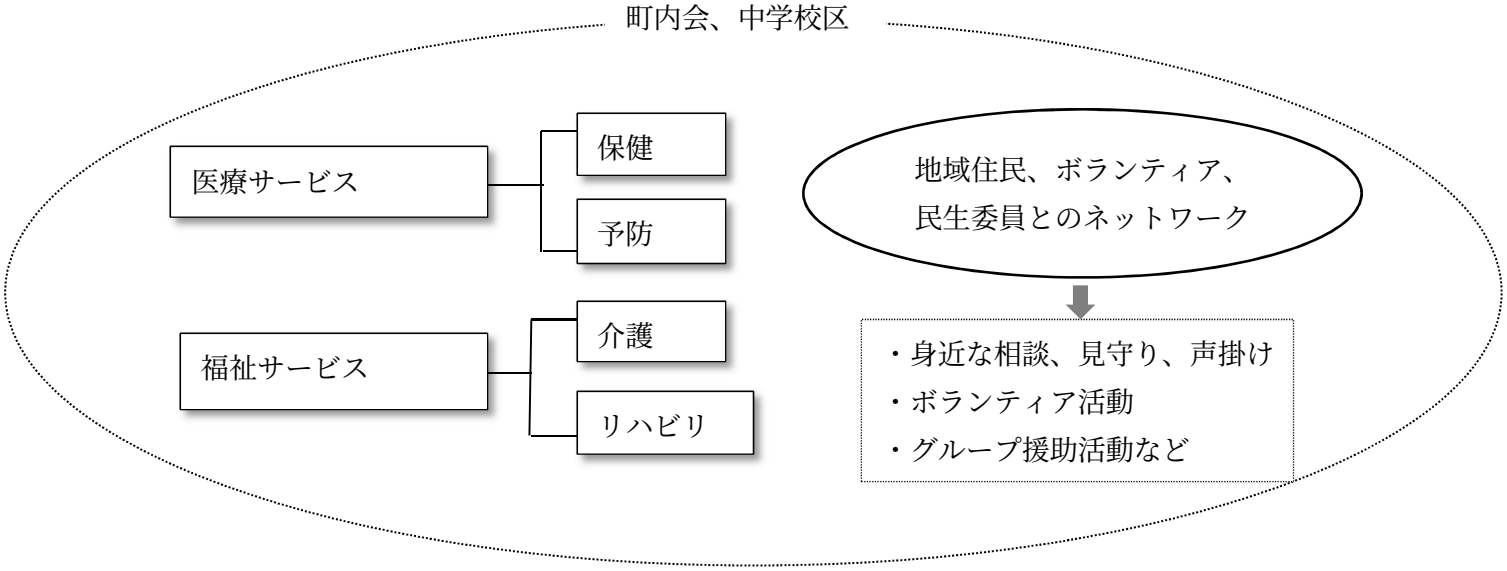
包括支援ケアシステムとケア会議

福岡県社会福祉士会「地域包括支援ネットワーク構築と地域ケア会議」研修資料

地域包括ケアシステムとは

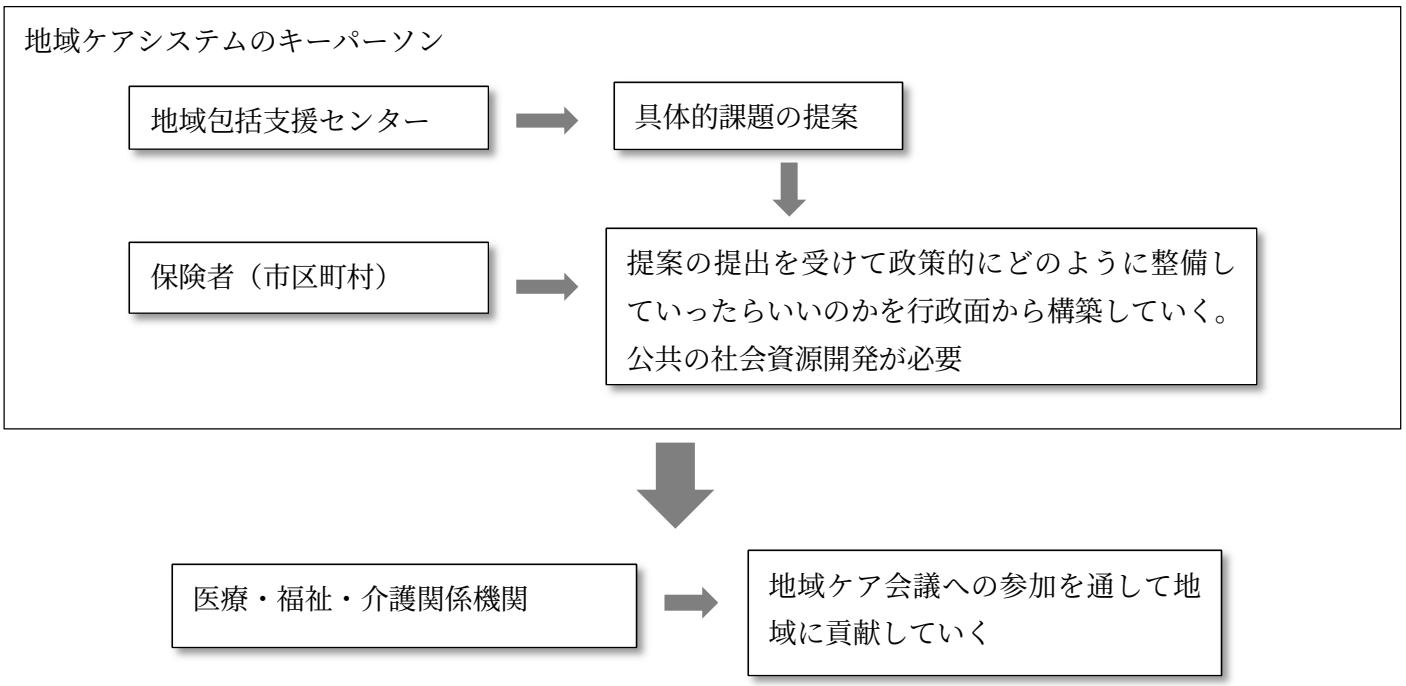
重度になっても住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らし続けることが出来るシステム

イメージ



地域ケアシステムの構成要素

下記のいずれも不足してはいけない



地域包括支援センターの役割

・日常的な業務（総合相談事例）地域課題を明らかにする
・地域を含めた関係者の支援体制を構築する
・地域課題を関係者と構築する。特に行政に対しても情報提供を行う

↓

特に地域課題を解決していくためには行政の力が必要不可欠

↓

地域ケア会議の有効活用

市町村［保険者］の役割

・地域包括ケアシステム構築のための環境整備
・生活支援サービス（インフォーマル）の基盤整備
・在宅医療支援体制の構築を医師会と共同で推進する
・地域で認知症の人を支える体制を構築
・地域包括支援センターが適切に業務を遂行できるように環境を整備していく

■ケア会議の役割

ケア会議の種類

→ 高齢者個人に対する支援の充実（個別ケース）

・サービス担当者会議で解決できない困難事例を取り上げる
・利用者を支える為のサービスが介護事業所内で不足しており、外部の社会資源を使わなければいけない場合（見守りネットワークなど）
・地域包括支援センター主体の地域関係者を集めてのケース会議

→ 社会基盤の整備（地域課題ケース）

地域の実情に応じて必要と認められる事項

例）坂道が多い
⇒コミュニティーバスの提供などにより、地域住民（高齢者）の歩行による負担を減らす
認知症の人の割合が他の町よりずば抜けて多い
⇒月に１回、認知予防教室を行う

↓

地域で尊厳のあるその人らしい生活の継続を図る
（地域包括ケアシステム）

個別ケースの検討を行う地域ケア会議で取り上げる個別ケースの種類

・サービス未利用で支援を要する高齢者等への対応
・支援者が困っている事例
・支援が自立を阻害していると考えられる事例
・支援者個人の為の資源や環境整備が必要な事例
・保険者から見てサービス提供内容に課題がる事例　など

地域課題の検討を行う地域ケア会議について

地域づくり、資源開発機能［こういうサービスがあったらなおよいというもの］

インフォーマルサービスや地域見守りネットワーク等、地域に必要と考えられる資源の開発

政策形成機能［保険者の役割］

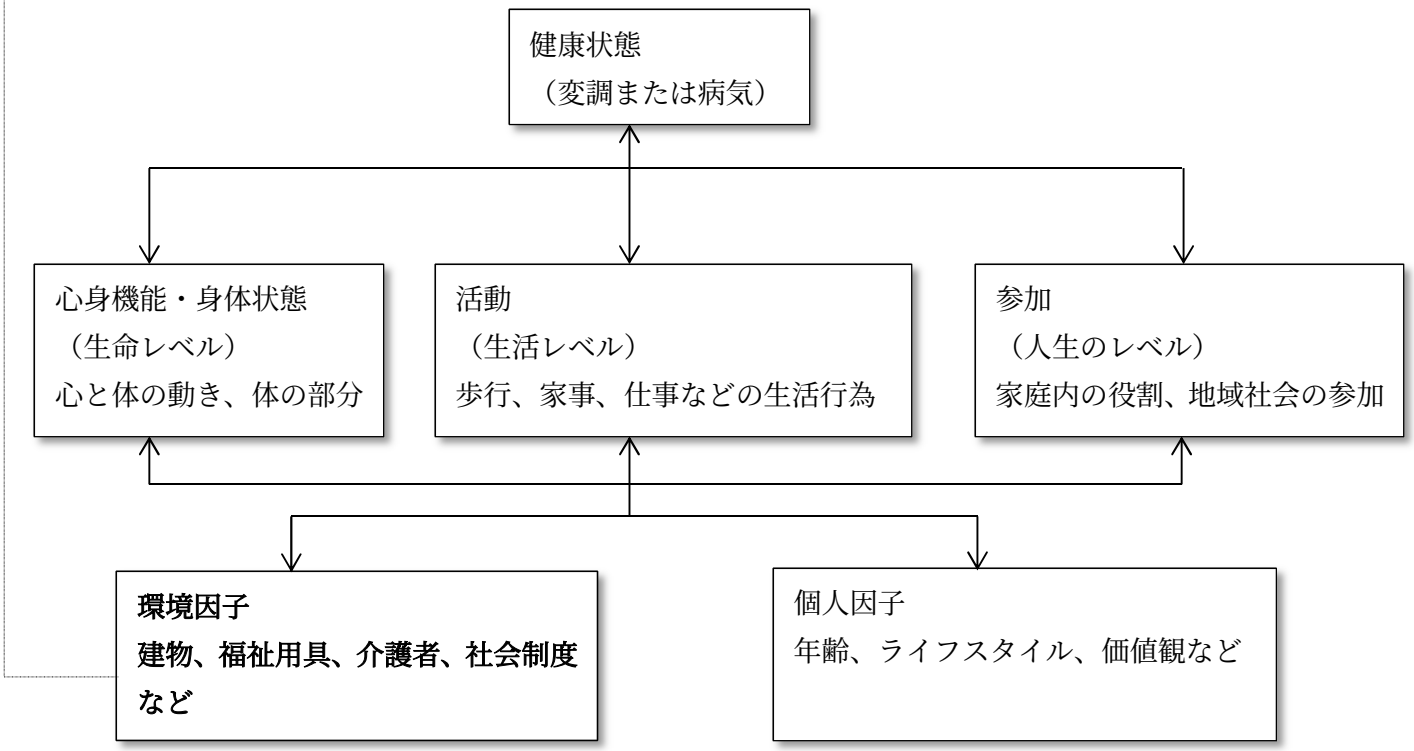
地域に必要な取り組みを明らかにして、施策や政策を立案・提言する

地域課題の抽出方法のヒント

①量的調査（日常生活圏域ニーズ調査、日常の相談データ等）から導き出す
②環境因子より引き起こされる課題が地域課題の可能性が高い

個別課題を地域課題に変換する機能が困難を要する

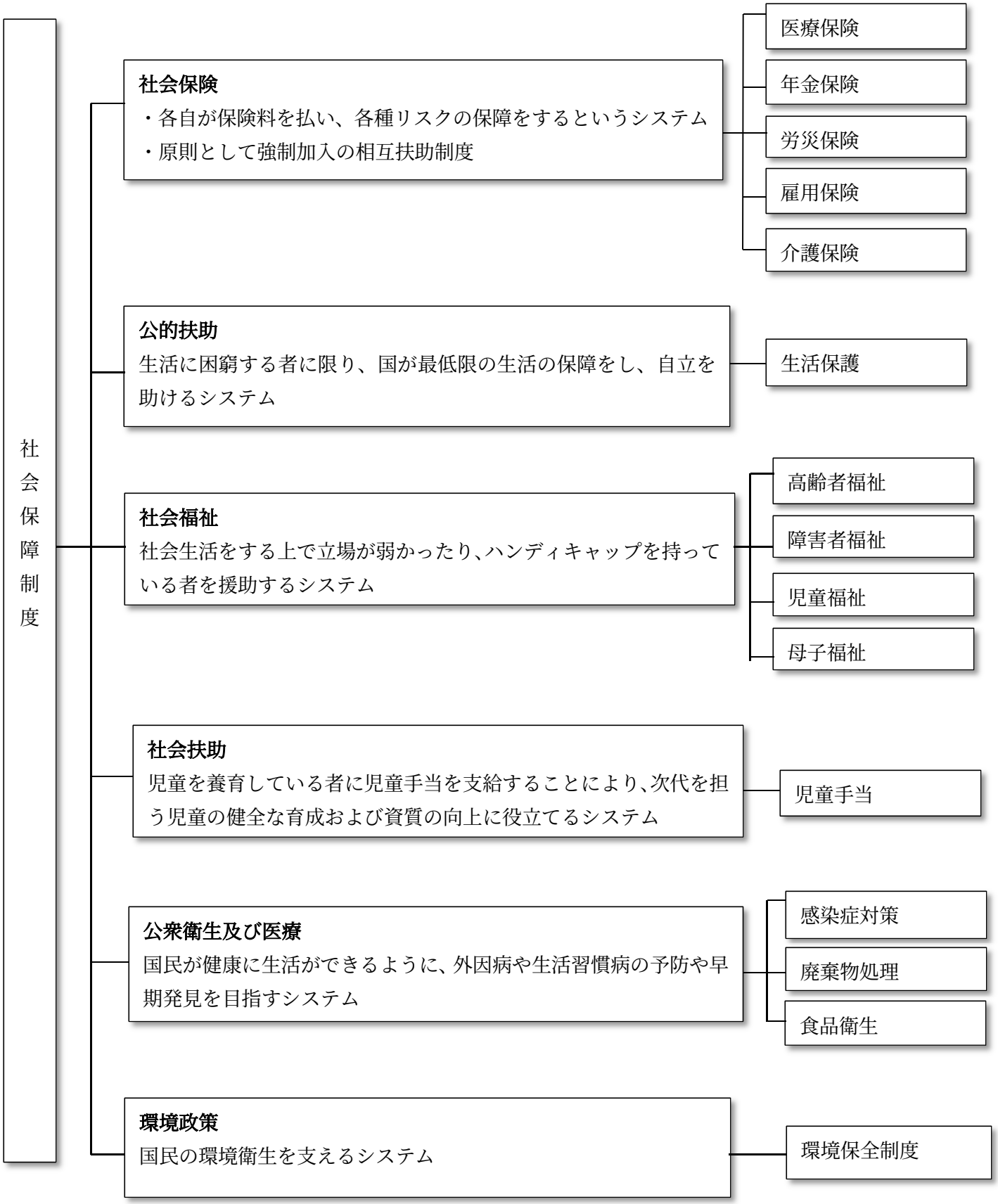
ICF における生活機能モデル図



ケアマネが知っておかなければならない社会資源について

社会保障制度の法体系の中での高齢者関連法規の位置づけ

介護保険制度、生活保護制度などは社会保障制度の構成要素の一つとなっている



■社会保険の種類と対象者

名称	対象者
医療保険	医療保険説明項目参照
年金保険	年金保険説明項目参照
労働者災害補償保険 **国家公務員災害補償** **地方公務員災害補償**	民間企業の労働者 国家公務員 地方公務員
雇用保険	民間の労働者
介護保険	40 歳以上(給付は原則 65 歳以降)

1　）医療保険

満 75 歳未満の国民は，健康保険，船員保険，国家公務員共済組合，地方公務員等共済組合，私立学校教職員共済，または国民健康保険のいずれかに加入することになる。

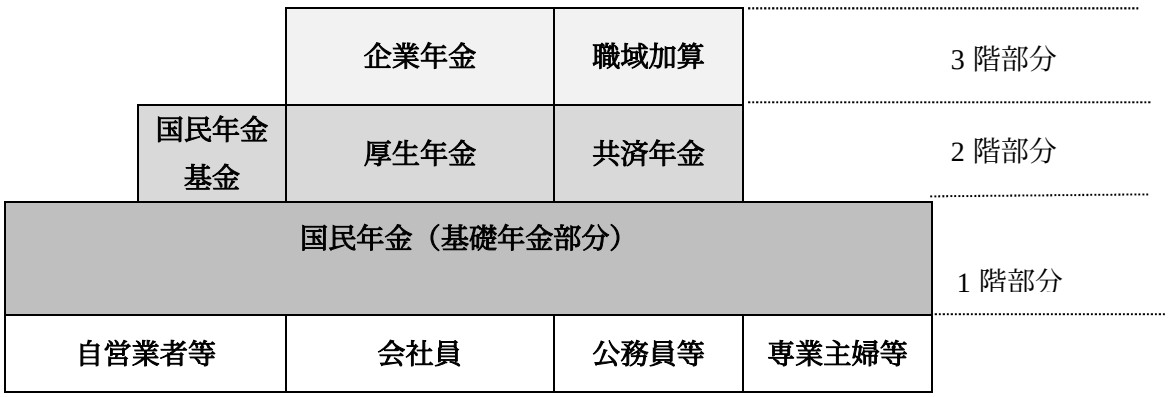
満 75 歳（障害者は 65 歳）の誕生日からそれまで加入していた制度を脱退し，「長寿医療制度（後期高齢者医療制度）」に加入する。

	名称		対象者
75歳未満	被用者保険	健康保険 協会管掌健康保険 組合管掌健康保険	健康保険組合を設立していない民間企業の従業員 健康保険組合を設立している民間企業の従業員 （健康保険組合は従業員700人以上の企業で設立可能）
		船員保険	外洋を航行する大型船舶の乗組員
		国家公務員共済組合（短期給付部門）	国家公務員
		地方公務員等共済組合（短期給付部門）	地方公務員
		私立学校教職員共済（短期給付部門）	私立学校の教職員
	地域保健	国民健康保険 市町村 国民健康保険組合	被用者保険，国民健康保険組合に該当しない国民 医師，弁護士，理髪師などの職能団体が設立
75歳以上	長寿医療制度 （後期高齢者医療制度）		75歳以上（障害者は65歳以上）の国民

2）年金保険

名称			畢象者
被用者保険	厚生年金保険	単独 基金	厚生年金基金を設立していない民間企の従業員 厚生年金基金を設立している民間企業従業員 （基金には，1企業単独の設立と複数企業による共同設立がある）
	国家公務員共済組合（長期給付部門）		国家公務員
	地方公務員等共済組合（長期給付部門）		地方公務員
	私立学校教職員共済（長期給付部門）		私立学校の教職員
国民年金＝基礎年金 国民年金基金			20歳以上のすべての国民 国民年金第1号被保険者 （任意加入）

■「3 階建て」の年金制度体制



20 歳以上 60 歳未の自営業者やその族. 学生など無職者といった非被用者

サラリーマン、公務員などの被用者

第 2 号被保険者の被扶養配偶者で 20 歳以上 60 歳未満の者

■年金給付

(1)国民年金の給付

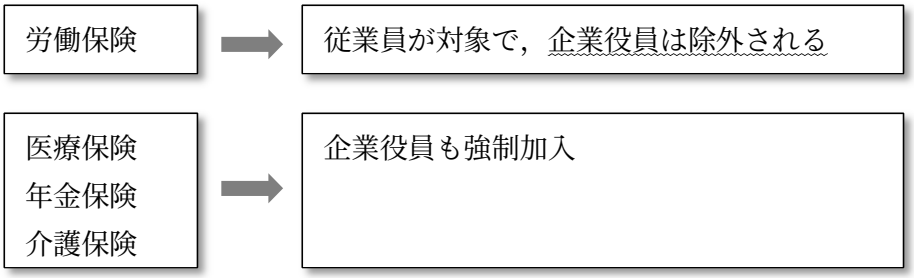
種類	条件
老齢基礎年金	保険料納付期間25年以上
障害基礎年金	政令に定める障害にあること。ただし，保険料納付済期間が被保険期間の3分の2以上あること。障害認定が2015年度以前の場合は，直前の1年間に未納がないこと。なお，20歳以前に障害認定された場合は20歳に達した翌月から支給
遺族基礎年金	死亡した被保険者および老齢基礎年金資格期間を満たした者に扶養されていた子のある妻または子に対し，子が満18歳に達するまで支給。ただし，死亡前日において保険料納付済期間が被保険者期間の3分の2以上あること。死亡が2015年度以前の場合は，死亡直前の1年間に未納がないこと。
寡婦年金	年金を受給しないで死亡した夫と10年以上の婚姻期間があったこと。60～64歳の間支給。
死亡一時金	保険料納付期間3年以上ある被保険者が年金受給前に死亡した場合
老齢福祉年金	1961年4月1日現在で50歳以上であった者が70歳に達した時から無拠出年金が支給される。

(2)厚生年金保険の給付

種類	条件
老齢厚生年金	厚生年金保険の被保険者期間が1カ月以上ある者が老齢基礎年金を受給できるようになった時，65歳から支給。金額は「報酬比例年金」と「加給年金」の合算額になる。 〈報酬比例年金〉標準報酬と保険料納付期間で決定される。 〈加給年金〉 被保険者期間が20年以上あり，老齢厚生年金を受給する時に65歳未満の配偶者または18歳未満の子があれば加算される。
60代前半の老齢厚生年金	定額部分の支給開始年齢は，1941年4月2日（女子は1946年4月2日）以降生まれの者から，報酬比例部分は，1953年4月2日（女子は1958年4月2日）以降生まれの者から段階的に引き上げられる。
障害厚生年金 障害手当金	障害基礎年金に該当する場合に障害厚生年金が支給される。障害3級の場合は独自の障害年金給付があり、3級よりも軽度の場合は障害手当金(一時金)が支給される
遺族厚生年金	遺族基礎年金の要件を満たした被保険者。1.2級の障害厚生年金受給者及び老齢基礎年金の受給資格を満たしたものが死亡した場合に支給。遺族の範囲は子のある妻、子、夫、父母、孫。但し年齢などの制限がある。

(3)労働者災害補償保険と雇用保険

労働者災害補償保険（以下，労災保険）と雇用保険の 2 つを「労働保険」とも言う。



（ア）労働者災害補償保険

・被保険者：民間企業の労働者

・対象：業務上または通勤途上の事故（以下，労災事故）

・保険料：全額企業負担

種類	条件等
給付基礎日額	定義：事故発生日の直前 3 カ月間に支払われた賃金総額を，その期間の総日数で割った額
療養補償給付（療養給付）	傷病の治療に要する費用を支給。
休業保障給付 (休業給)	療養のため労働不能となり，賃金を受けられない場合に，休業 4 日目から支給。給付基礎日額の 6 割
傷病補償年金 (疾病年金)	療養の期間が 1 年 6 カ月を経過した日，またはその後に負傷や疾病が治っていないなど一定の要件に該当する場合に支給。
障害補償給付（障害給付）	障害が残った場合に支給。 ・障害補償年金（障害年金） 障害等級第 1～7 級。給付基礎日額の 313～131 日分 ・障害補償一時金（障害一時金） 障害等級第 8～14 級。給付基礎日額の 503～56 日分
遺族補償給付 (遺族給付)	労働者が死亡した場合の年金と一時金 ・遺族補償年金（遺族年金） 配偶者，18 歳未満の子，55 歳以上の父母，18 歳未満の孫，55 歳以上の祖父母，18 歳未満または 55 歳以上の兄弟姉妹が対象。給付基礎日額の 245～153 日分 ・遺族補償一時金（遺族一時金） 遺族補償年金（遺族年金）の受給対象者がいない場合，または失権した場合で遺族補償年金等が一定額未満の時。給付基礎日額の 1，000 日分
葬祭料 (葬祭給付)	死亡した労働者の葬祭を行う者。基礎給付日額 60 日分が最低補償
介護保障給付 (介護給付)	障害補償年金または傷病補償年金の 1・2 級の者で，介護を要する状態にあり，現に介護を受けている場合。常時介護は月額 10 万 4，290 円。随時介護は月額 5 万 2，150 円。
二次健康診断等給付	事業主が実施する定期健康診断で，血圧・血中脂肪・血糖・肥満度の 4 項目すべてに異常の所見がある労働者が対象。二次健康診断と，二次健康診断結果に基づく特定保健指導を実施。

(イ)雇用保険

雇用保険の給付は，被保険者の種類によって異なる。

保険料：労使折半負担

【被保険者】

種類	条件等
一般被保険者	下記のいずれにも該当しない労働者
高年齢継続被保険者	同一事業主の事業に 65 歳の前日から引き続き雇用されている者（短期雇用特例被保険者と日雇労働被保険者を除く）。労働時間数により，高年齢短時間被保険者とそれ以外の高年齢継続被保険者に区分される。
短期雇用特例被保険者	季節的に雇用される者，または雇用期間 1 年未満が常態の者
日雇労働被保険者	日々雇用される者，または 30 日以内の期間を定めて雇用される者

【給付】

種類		条件等
求職者給付	**基本手当**	被保険者が失業した場合で，離職目前 2 年間に被保険者期間が 12 カ月以上あること。 離職前 6 カ月における賃金の総額（臨時支給などを除く）を 180 で除した額の 8～5 割。給付日数は最短 90 日。公共職業訓を受けている場合、給食活動が広域にわたる場合などは日数延長。
	技能習得手当及び寄宿手当	受給資格者の資質向上のための援助。技能習得手当には受講手当と通所手当がある。
	傷病手当	受給資格者が給食の申し込みをした後、傷病のため 15 日以上職業に就くことができず、基本手当が支給されない場合。基本手当日額相当額。
	高年齢求職者給付金	65 歳以上の高齢失業者支援。基本手当日額 30~50 日間分の一時金
	特例一時金	
	日雇労働求職者給付金	
就職促進給付	**就業促進手当、移転費、広域求職活動費**	早期再就職の為の支援
教育訓練給付		労働者が負担した教育訓練費の一部を支給
雇用継続給付	**高年齢計測給付**	
	育児休業給付	育児休業を取得した被保険者で、育児休業前 2 年間に賃金支払基礎日数 11 日以上の月が 12 カ月以上。休業開始前賃金の 5 割
	介護休業給付	対象家族の介護のための休業を取得した被保険者。賃金支払基礎日数条件は育児休業に同じ。休業開始前賃金の 4 割。
その他の事業	**雇用安定事業**	
	能力開発事業	
	雇用福祉事業	

公的扶助と社会福祉

（1）生活保護

生活保護は，憲法第 25 条に規定する「健康で文化的な最低限度の生活」を国民全般に保障すると共に，自立を助長することを目的とする制度。具体的には，一定限度以下の収入水準にとどまる世帯に対して，生活，教育，住宅，医療，介護，出産，生業，葬祭の 8 種類の扶助を与えることとなっている。

<table>
<tr><td rowspan="2">生活保護の実施者</td><td colspan="2">市長，福祉事務所を設置している町村長，福祉事務所を設置していない町村にあっては都道府県知事。事務取り扱いは福祉事務所と考えて大過ない。</td></tr>
<tr><td colspan="2">生活保護は世帯単位で行い，世帯員全員が，その利用し得る資産，能力その他あらゆるものを，その最低限度の生活の維持のために活用することが前提であり、扶養義務者の扶養は、生活保護法による保護に優先する。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">生活保護を受けるための要件等</td><td>資産の活用</td><td>預貯金，生活に利用されていない土地・家屋，生命保険の解約返戻金等があれば，売却，解約し，生活費に充てる。</td></tr>
<tr><td>能力の活用</td><td>働くことが可能な人は，その能力に応じて働くことを検討する。</td></tr>
<tr><td>あらゆるものの活用</td><td>年金や手当など他の制度で給付を受けることができる場合は，まずそれらを活用する。</td></tr>
<tr><td>扶養義務者の扶養</td><td>親族等から援助を受けることができる場合は，援助を受ける。その上で，世帯の収入と厚生労働大臣の定める基準で計算される最低生活費を比較して，収入が最低生活費に満たない場合に，保護が適用される。</td></tr>
<tr><td>支給される保護費</td><td colspan="2">世帯の収入厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費を比較して，収入が最低生活費に満たない場合に最低生活費から収入を差し引いた差額が保護費として支給される。
<table><tr><td colspan="2">最低生活費</td></tr><tr><td>年金、児童扶養手当等の収入</td><td>支給される保護費</td></tr></table></td></tr>
</table>

保険の種類と内容

生活上営む上で生じる費用	扶養の種類	支給内容
日常生活に必要な費用 （食費、被服費、光熱費等）	生活扶助	基準額は①食費等の個人的費用②光熱水費等の世帯共通費用を合算して算出。 特定の世帯には加算あり（妊産婦加算等）。
アパート等の家賃	住宅扶助	定められた範囲内で実費を支給
義務教育を受けるために必要な学用品等	教育扶助	定められた基準額を支給
医療サービスの費用	医療扶助	費用は直接医療機関へ支払い ［本人負担なし］
介護サービスの費用	介護扶助	費用は直接介護事業者へ支払い。 ｛本人負担なし｝
出産費用	出産扶助	定められた範囲内で実費を支給
就労に必要な技能の取得等にかかる費用	生業扶助	定められた範囲内で実費を支給
葬祭費用	葬祭扶助	定められた範囲内で実費を支給

申請の流れ

①事前の相談

↓

生活保護制度の利用を希望する人は，住んでいる地域を所管する福祉事務所の生活保護担当へ相談。生活保護制度の説明を受け，生活福祉資金，各種社会保障施策等の活用について検討

②申請

↓

③保護決定のための調査

↓

・生活状況等を把握するための実地調査（家庭訪問等）
・預貯金，保険，不動産等の資産調査
・扶養義務者による扶養（仕送り等の援助）の可否の調査
・年金等の社会保障給付∴就労収入等の調査
・就労の可能性の調査

④保護決定

↓

⑤保護費の支給

厚生労働大臣が定める基準に基づく最低生活費から収入（年金や就労収入等）を引いた額を保護費として毎月支給。

生活保護の受給中は，収入の状況を毎月申告。

世帯の実態に応じて，福祉事務所のケースワーカーが年数回の訪問調査を行う。就労の可能性のある人については，就労に向けた助言や指導が行われる。

介護保険サービスを受けている者が申請する際にケアマネージャーが気を付けること

原則 6 カ月分のケアプランを提出する

介護保険サービスを受けている人が生活保護を申請する場合，居宅サービス計画（ケアプラン）の写しを添付すること。利用者の要介護認定の状況とケアプランの内容を加味した上で，生活保護の安否判定がされる。

介護サービスが提供できるのは，生活保護法の指定を受けている事業者のみである

実際に被保護者が受けられる介護サービスは，生活保護法の規定により，生活保護法の指定を受けた指定介護機関が行う介護サービスに限定される。

区分支給限度基準額を超えているサービスがないことが条件である

介護扶助でカバーされるのは，通常の介護保険サービスの枠内における自己負担分となる。
したがって，区分支給限度基準額を超えているサービスがないことが条件となる。

被保護者の義務

譲渡禁止（生活保護法第 59 条）
→生活保護を受ける権利を，第三者に譲り渡すことはできない。
生活上の義務（同第 60 条）
→生活の維持・向上に努め，能力に応じて勤労に励み，支出の節約を図ることが求められる。
届け出の義務（同第 61 条）
→被保護者の収入や支出など，生計の状況に変動があった場合や，居住地，世帯構成が変わった場合は，速やかに保護の実施機関または福祉事務所長に届け出なければならない。
指示等に従う義務（同第 62 条）
→保護の実施機関が，被保護者を救護施設などの施設に入所させることを決定した場合，または被保護者に必要な指導・指示をした場合，被保護者は保護の実施機関に従わなければならない。
費用返還義務（同第 63 条）
→急迫の場合などにおいて，本来は資力があったにもかかわらず保護を受けた場合は，速やかに返還しなければならない。

介護保険と生活保護の関係

介護保険第 1 号被保険者 → 介護保険の自己負担分が介護扶助として生活保護から支給される

介護保険第 2 被保険者 → 医療保険の加入条件が介護保険サービスを受けられる条件となる
↓
生活保護の受給により介護保険の資格も喪失する

（2）精神保健福祉

精神障碍者の医療

入院形態	任意入院	人権を擁護しながら円滑に医療を行うという観点から原則的な入院形態であり，精神科病院の管理者は，本人の同意に基づき入院するよう努めなければならず，また任意入院患者から申し出があれば退院させなければならない。ただし，医師が入院を継続させる必要があると判断した場合は，72 時間に限り退院が制限される。特定病院（厚生労働省令に合致する精神科病院）において，緊急などのやむを得ない理由があり，特定医師（厚生労働省令に合致する精神科医）が必要と認める時は，12 時間に限り退院が制限される。
	措置入院	自傷・他傷の恐れがある場合は，都道府県知事または指定都市の市長（以下，都道府県知事等）が精神障害者を強制入院させることができる。ただし，都道府県知事等が指定した精神保健指定医 2 人以上による診察を必要とし，指定医の所見が一致しなければならないという制限がある。
	緊急入院	措置入院の手続きを取る余裕がない場合には，都道府県知事等は精神保健指定医の診察結果に基づき，72 時間に限って強制的に入院させることができる。
	医療保護入院	精神保健指定医の診察の結果，精神障害者であり，医療および保護のために入院を継続することが必要と認められた場合は，患者本人の意思にかかわらず，保護者の同意により入院させることができる。保護者とは，後見人，配偶者，親権（を行う）者，扶養義務者で，これら保護者不在の場合は市町村長が保護者となる。特定病院において，緊急などのやむを得ない理由があり，特定医師が必要と認める時は，12 時間に限り退院が制限される。
	応急入院	本人および保護者の同意は得られないが，精神保健指定医の診察の結果，直ちに入院させなければ，本人の医療および保護を図る上で著しく支障があると認めた場合は，都道府県知事等が指定した応急入院指定病院の管理者は 72 時間に限り入院させることができる。特定措置を取ることができる応急入院指定病院において，緊急などのやむを得ない理由があり，特定医師が必要と認める時は，12 時間に限り入院させることができる。
人権保障	自立支援医療（精神通院医療）	原則として 1 割の患者負担（所得に応じて負担額の上限が設定）。制度の適用は市区町村長を経由して都道府県維持に申請することとなっている。
保健所及び精神保健福祉センター	保健所は、精神保健福祉相談、訪問指導を中心に、地域住民の精神的健康の保持向上運動を行っている。すべての年齢層の保健医療を対象に活動しているが認知症を対象にした老人精神保健相談指導事業が展開されている。またすべての年代を中心に、性に関する心の悩み相談事業が実施されている。 精神保健福祉センターは精神科医その他の専門家が配置され、保健所などの活動を都道府県レベルから技術的に指導・援助する機関である。	

◆利用者負担の軽減について

（1）高額介護(高額介護予防) サービス費

支払った 1 割の利用者負担が一定の上限を超えた時，超えた分が申請により払い戻される。ただし，福祉用具購入費，住宅改修費の 1 割負担や施設での食費，居住費，日常生活費などは含まない。

高額介護サービス費の利用者負担上限額は，世帯単位で設定されている。同じ世帯に複数の利用者がいる場合は，世帯全体の利用者負担額の合計が該当する区分の上限額を超えた分が後から支給される。また，住民税世帯非課税の人については，所得に応じて個人単位の上限額が設定される。

利用者負担段階区分		上限額
下記の区分に該当しない人	第 4 段階	世帯で 3 万 7,200 円
世帯全員が住民税非課税	第 3 段階	世帯で 2 万 4,600 円
世帯全員が住民税非課税で，さらに ・所得金額および課税年金収入額の合計が 80 万円以下の人 ・老齢福祉年金受給者	第 2 段階	個人で 1 万 5,000 円
・生活保護受給者 ・利用者負担を l 万 5,000 円に減額することで，生活保護受給者とならない人	第 1 段階	個入で l 万 5,000 円 世帯で l 万 5,000 円

く高額医療・ 高額介護合算制度>

各医療保険(国民健康保険，健康保険，長寿医療制度<後期高齢者医療制度>) における世帯内で，1 年間の医療保険と介護保険との自己負担額合計が，次表の自己負担限度額を超えた場合，その超えた額が「高額介護合算療養費」(介護保険では「高額医療合算介護<介護予防> サービス費」 と言う) として支給される。

自己負担額は原則として，介護サービスや医療行為を利用した際に支払う金額のことだが，食費や差額ベッド代，居住費(滞在費) などは支給の対象とはならない。

所得区分		長寿医療制度 （後期高齢者医療制度+介護保険）	国民健康保険+介護保険 （70~74 歳の人がいる世帯）	国民健康保険+介護保険 （70 歳未満の人がいる世帯）
現役並みの所得者		67 万円	67 万円	126 万円
一般		56 万円	56 万円	67 万円
低所得者	Ⅰ	31 万円	31 万円	34 万円
	Ⅱ	19 万円	19 万円	

医療保険と介護保険の両方に自己負担額がある世帯が対象。

計算期間は，毎年 8 月 1 日~翌年 7 月 31 目の 12 ヵ月。

同一世帯であっても，対象年度の末目(7 月 31 日) に加入している保険(国民健康保険，健康保険，長寿医療制度後期高齢者医療制度> など) ごとに計算する。

高額介護合算療養費も，医療保険の窓口ごとに申請。

（2）手続き (基本的な流れ) : 介護保険の被保険者が国民健康保険の場合

対象となる世帯主は毎年 8 月以降に介護保険担当窓口に「支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書」を提出

↓

介護保険から「自己負担額証明書」が交付される

↓

「自己負担額証明書」を添付して国民健康保険の窓口に支給申請をする

↓

国民健康保険で国民健康保険と介護保険それぞれの支給額が計算される

↓

国民健康保険から介護保険に対し、介護保険の支給額が通知される

↓

国民健康保険と介護保険から世帯主に対し、自己負担額の一部が支給される

※市町村によって，申請方法が異なる場合がある。

高齢者権利擁護関連法規

（1）高齢者虐待防止法

齢者虐待とは,65 歳以上の高齢者に対する「養護者(高齢者を現に養護する者)」および「養介護施設従事者等」による次の 5 つの行為を指す。

◆高齢者虐待の種類

身体的	高齢者の身体に外傷が生じ,又は生じるおそれのある暴力を加えること。
介護放棄（ネグレスト）	高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置養護者以外の同居人による身体的虐待，心理的虐待又は性的虐待に掲げる行為と 同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。
心理的	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
性的	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
経済的	養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

高齢者虐待防止法の中の虐待者とは

高齢者を自宅で介護している介護者や，介護福祉施設に従事する職員、介護サービスに従事する職員を指す。

① 養護者、高齢者を現に養護する者で，養介護施設従事者等以外の者介護施設従事者等、養介護施設の業務に従事する者

③養介護事業において業務に従事する者.

◆「養介護施設・事業所」と「従事者等」の範囲

	要介護施設	要介護事業	要介護施設従事者等
老入福祉法による規定	老人福祉施設 有料老人ホーム	老人居宅生活支援事業	「要介護施設」 または「養介護事業」の業務に従事する者
介護保険法による規定	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 地域密着型介護老人福祉施設 地域包括支援センター	居宅サービス事業 地域密着型サービス事業 居宅介護支援事業 介護予防サービス事業 地域密着型介護予防サービス事業 介護予防支援事業	

厚生労働省老健局: 市町村・ 都道府県における高 者虐待への対応と養護者支援について，第 1 版, p3 , 2006.

もし,高齢者虐待を見つけたら

医療・福祉専門職からの高齢者虐待の通報に関しては，刑法の秘密漏えい罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定には当たらないとして身分が法的に保護されるため，躊躇せずに通報することが求められる。

高齢者虐待の通報(届出) 機関としては，市区町村窓口(高齢福祉課や介護保険課など) ，高齢者虐待相談センター(高齢者権利擁護センター) など

（2）日常生活自立支援事業

■本事業の概要

<table>
<tr><td colspan="2">対象</td><td>日常生活に不安を抱えている認知症高齢者，知的障がい者，精神障がい者などで，自分一人で契約などの判断をすることが不安な人や，お金の出し入れ，書類の管理などを行うのに不安のある人。
認知症の診断を受けている人，療育手帳や精神障害者保健福祉手帳を持っている人に限られるものではなく，病院や福祉施設に入院・ 入所している人も利用することができる。
本人の判断能力が低下していて日常生活自立支援事業の契約ができない場合でも，成年後見人などとの契約により利用できる場合もある。 ただし，契約締結審査会の承認が必要。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">主なサービス内容</td><td>福祉サービスの利用援助</td><td>・さまざまな福祉サービスの利用に関する相談・情報提供福祉サービスの利用申し込み，契約代行，代理
・福祉サービスに関する苦情解決制度の利用手続き支援</td></tr>
<tr><td>日常的金銭管理</td><td>福祉サービスの利用料の支払い代行
年金や福祉手当の受領に必要な手続き、
病院への医療費の支払い手続き
税金や社会保険料，電気，ガス，水道などの公共料金の支払い手続き
生活に必要なお金の出し入れ，また預金の解約の手続き</td></tr>
<tr><td>書類等預かり</td><td>貸金庫などでの年金証書，預貯金通帳，証書(保険証書・不動産権利証書・ 契約書など)，実印，銀行印などの大切な書類や印鑑の預かり</td></tr>
<tr><td colspan="2">日常生活自立支援事業の限界と成年後見制度との関係</td><td>日常生活自立支援事業を利用している間に利用者が判断能力を喪失した場合，日常生活自立支援事業の契約は終了する。 契約終了後は，成年後見制度への移行や，利用者の生活に応じたほかの援助サービスへのつなぎが必要となる。
・不動産の売却などの財産管理に関する法律行為や，施設入所の代理契約などは，目常生活自立支援事業では対応できない。
・利用者が悪徳商法などの財産侵害の被害に遭った場合，日常生活自立支援事業においては，成年後見制度の同意権・ 取消権に相当するものがないため，対応には限界がある。 財産侵害の防止には，成年後見制度の利用が望ましい。</td></tr>
</table>

サービスの流れ

相談受付
都道府県・市区町村社協

↓

訪問調査
担当地区の基幹的社協の専門員が自宅や施設に訪問し、困りごとなどを聴取

↓

契約締結審査会（社協）
本事業の契約能力などを審査

↓

支援計画書作成
本人の意向を基に専門員が支援計画書を提案し作成

↓

契約
本人と社協とで契約締結

↓

サービス開始
支援計画書に沿って生活支援員がサービス提供

利用料の目安

福祉サービスの利用援助 **日常的金銭管理サービス**	1 回につき 1,000 円～1,500 円 生活保護受給者は無料 1 回 1 時間程度
書類等の預かりサービス	月額 250～1,000 程度

※上記料金のほかに,-本人宅からサービス提供機関や金融機関などに出向いた際に生じた生活支援員の交通費実費は，利用者の負担となる。

愛知県社会福祉協議会ホームページ「日常生活自立支援事業」を基に筆者作成

（3）成年後見制度

本制度の概要

1) 法定後見制度

法定後見制度は，認知症などによりすでに判断能力の不十分な状態にある人に対して，家庭裁判所がその人の判断能力の程度を判断し，代理権・ 同意権・ 取消権の権限が与えられた成年後見人・ 保佐人・ 補助人を選任する制度。本人の判断能力の程度に応じて，判断能力の低い順に「後見」「保佐」「補助」．の 3 類型がある。

法定後見制度の手続きの流れ

①申立て	**原則として本人の所在地を管轄する家裁に対して行う**

↓

申し立てができる者: 本人，配偶者，4 親等内の親族，検察官など。 身寄りのない認知症高齢者，知的障がい者，精神障がい者について，その福祉を図るために特に必要があると認める時は，市町村長が申し立てを行うことができる (市町村申し立)。

必要書類: 申立書，戸籍謄本，住民票，診断書，財産目録，成年後見に関する登記事項証明書 (登記されていないことの証明書) など

費用: 収入印紙 800 円(申立手数料) と 2,600 円(登記手数料). 連絡用の郵便切手代，鑑定費用 5 万~10 万円

②審判手続き	**審問**　必要に応じて家事裁判官が直接事情を尋ねる **調査**　家裁調査官の聴取、問い合わせ **鑑定**　本人の判断力についておこなうもので後見・補佐の場合には原則として鑑定が必要

↓

③審判	後見人、保佐人、補助人の専任のほか、具体的な支援内容が決定される。 必要に応じて後見人、保佐人、補助人を監督する各監督人が選定される。

↓

④後見、保佐、補助の業務開始	家裁は後見人、保佐人、補助人に対して 1 年に 1 回の会計報告を求めたり、随時問い合わせることにより監督を行う

法務局に登記され，登記事項証明書が発行される。

↓

⑤本人の死亡	業務の終了、同時に後見人、保佐人、補助人から相続人への財産の引き渡しなどを行う

2) 任意後見制度

任意後見制度は,本人が将来判断能力が不十分になった時に備え，本人が契約の 締結に必要な判断能力を有している間に，本人自らが本人の判断能力が不十分になった時の後見人を選び，自分の生活や財産管理に関する事務について代理権を与える契約(任意後見契約) を公証人役場で結ぶ制度

任意後見制度の手続きの流れ

① 任意後見契約の締結	公証役場において任意後見契約公正証書を作成

必要書類: 印鑑登録証明書，戸籍謄本、住民票

費用: 公正証書作成手数料 l 万 1 ,000 円，登記嘱託手数料 1 ,400 円，収入印紙 2,600 円，郵便代約 540 円，正本 本の作成手数料 1 枚 250 円 x 枚数

↓

②任意後見監督人の専任	家裁において任意後見監督人の専任の申し立てを行う

必要書類: 申立書，戸籍謄本，診断書，財産目録など

法務局に登記され，登記事項証明書が発行される。

↓

③ 任意後見業務の開始	任意後見監督人は任意後見人に対して随時問い合わせを行う事等により監督行う

↓

④ 本人の死亡	任意後見業務の終了となる

■成年後見制度利用支援事業

身寄りのない認知症高齢者，知的障がい者，精神障がい者で，市町村が成年後見の審判の請求を行うことが必要と認められる人であって，かつ後見人の報酬など，必要となる経費の一部について助成を受けなければ成年後見制度の利用が困難であると認められる人に対し，成年後見制度の申し立てに要する費用 (登録手数料・ 鑑定費用など)，および後見人等の報酬を助成する事業。

障害者総合支援法では，市町村地域生活支援事業の必須事業となっている。

Q 交通事故で介護が必要になった場合も介保険サービスは受けられるのか

第 2 号被保険者は、介護保険サービスを受けられる場合が，特定疾病を原因とする場合に限られるため，交通事故による障害では受けられない。

第 1 号被保険者では，要介護状態になった原因にかかわらず，介護保険サービスを受けられる。

ただし，交通事故など明らかに加害者の行為により要介護状態となった場合は，介護保険は使えるが，その保険給付分については，保険者が加害者に対して求償することになる。その際，第三者行為による傷病届などの提出が必要となる。

障害者総合支援法と障害者福祉

◆障害者総合支援法設立までのあらまし

2000 年　支援費制度

・2000 年介護保険制度施行とともに障害者の新制度として施行
・社会福祉基礎構造改革の一環に位置づけられる。
・障害者の自己選択・自己決定を前提としたノーマライゼーション実現を目指す
・身体障害、知的障害、精神障害の 3 障害を統一した制度の傘下に置く

2006 年　障害者自立支援法

・障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。
・自立した生活を営む事ができるように支援を行うとされている。

2013 年　障害者総合支援法

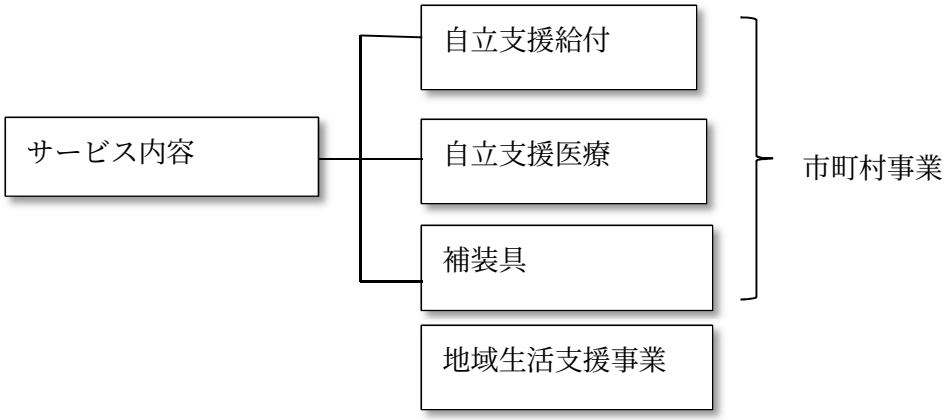
◆障害者総合支援法の概要

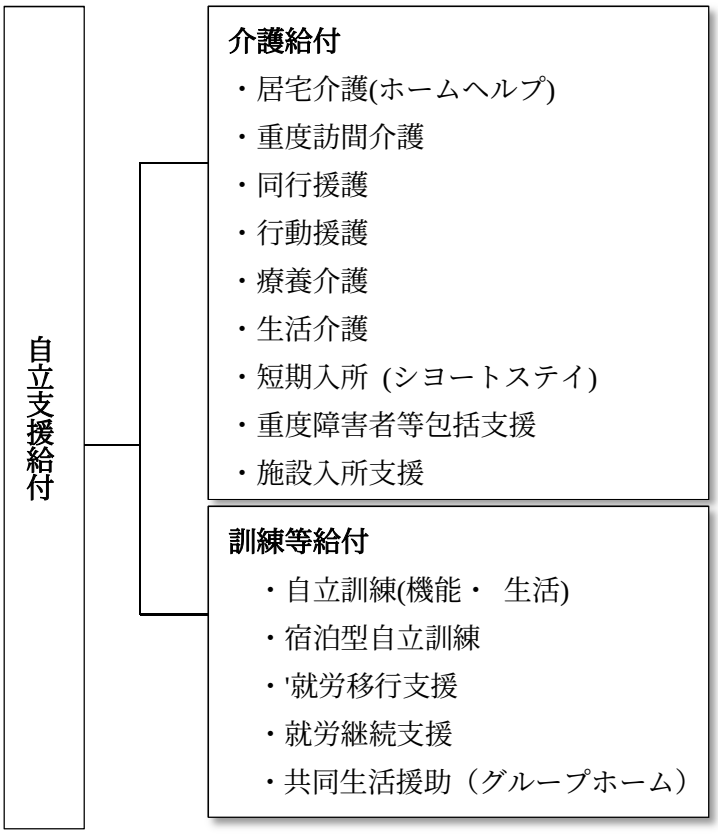
障書者の範囲, (障書児の範囲も同様に対応)	「制度の谷間」を埋めるべく，障害者の範囲に難病等を加える。 （難治性疾患克服研究事業の対象である 130 疾患と関節リウマチの対象が加わる）
支援区分の創設	「障害程度区分」 について，障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す 「障害支援区分」とする。 ※障害支援区分の認定が知的障害者、精神障害者の特性に応じて行われるよう，区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。
障害者に対する支援	①重度訪問介護の対象拡大(重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする) ②共同生活介護(ケアホーム) の共同生活援助(グループホーム) への一元化 ③地域移行支援の対象拡大(地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える) ④地域生活支援事業の追加 (障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業，意思疎通支援を行う者を養成する事業等)
サービス基盤の計画的整備	①障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定 ②基本指針、障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化 ③市町村は障害福祉計画を作成するに当たって，障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化 ④自立支援協議会の名称について，地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに，当事者や家族の参画を明確化

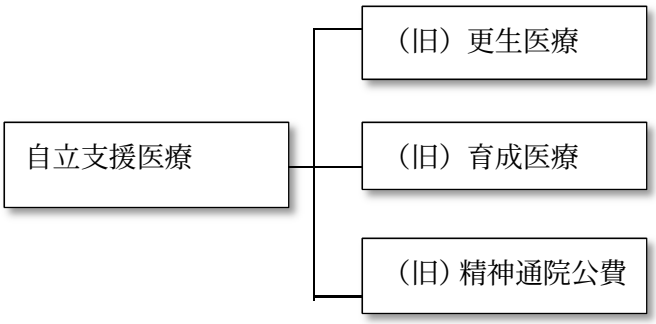
◆結付の仕組みとサービスの種類

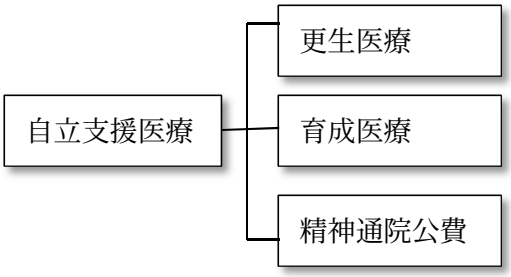
福祉サービス(給付) は，障がい者(身体障害，知的障害，精神障害<発達障害含む>，一定の難病) の障害程度や勘案すべき事項(社会活動や介護者，居住などの状況) を踏まえ，個別に支給決定が行われる「自立支援給付」と市町村の創意工夫により，障がい者の状況に応じて柔軟に実施できる「地域生活支援事業」から構成されている。

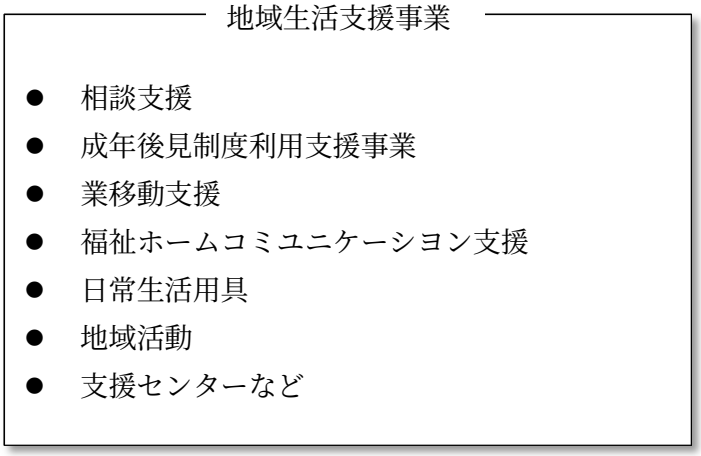
「自立支援給付」は，介護の支援を受ける場合には「介護給付」訓練などの支援を受ける場合には「訓練等給付」に位置付けられ，それぞれ利用の際のプロセスが異なる。











1）自立支援給付などの体系

介護給付	訪問・通所系	居宅支援 重度訪問介護 同行援護 行動援護 短期入所 重度障害等包括支援
	日中活動	療養介護 生活介護
	居住支援	施設入所支援

訓練給付	日中活動	自立訓練 就労移行支援 就労継続支援
	居住支援	共同生活援助

2) サービスの分別化(日中活動の場と住まいの場の組み合わせ

入所施設のサービスは，昼のサービス(日中活動事業) と夜のサービス(居住支援事業) に分けられており，サービスを組み合わせて選択できる。

サービスを利用する際には，利用者一人ひとりに個別支援計画が作成され，利用目的にかなったサービスが提供される。 例えば，昼間は X という更生施設で自立訓練をし，夜は Y という施設の施設入所支援サービスを受けるということが可能。地域生活に移行した場合でも，日中は生活介護事業を利用することが可能。

【日中活動の場】

以下から 1 ないし複数の事業を選択
・療養介護
・生活介護
・自立訓練（機能訓練・生活訓練）
・就労移行支援
・就労継続支援（A 型＝雇用型　B＝非雇用型）
・地域活動センター（地域生活支援事業）

＋

【生活の場】

障害者支援施設の入所支援
または
居住支援（共同生活援助≪グループホーム≫）
福祉ホーム（≪地域生活援助事業≫の機能）

認定の程度によって使えるサービスと使えないサービスがある。特に障害支援区分は，介護給付を利用するには注意する必要がある。

（1）障害支援区分と利用できる介護給付

	非該当	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	備考
居宅支援								
重度訪問介護								
同行援助								身体障害を伴わない場合は非該当でも利用可
行動援護								精神・知的障害者のみ対象
涼要援護								筋ジストロフィー患者または重症心身障害者は区分 5 から
生活援護								50 歳以上の場合は区分 2 から
（施設入所支援を利用の場合）								50 歳以上の場合は区分 2 から
短期入所								
重度障害者等包括支援								区分 6 かつ ALS、強度行動障害など常時介護が必要とする障害者で意思疎通に著しい困難を有し、四肢に麻痺があり、呼吸管理がいる身体障害者又は知的障害者
施設入所支援								50 歳以上の場合は区分 3 から

※自立訓練(機能訓練・ 生活訓練)，就労移行支援，就労継続支援(A 型・ B 型)，障害程度区分に関係しない。

（2）日中系サービスの対象とサービス内容

個別給付	対象者	サービス内容
居宅支援（ホームヘルプ）	区分 1 以上 (障がい児にあっては，これに相当する心身の状態)である者	居宅において，入浴、排泄、食事等の介護，調理，洗濯および掃除等の家事ならびに生活等に関するする相談および助言　その他の生活全般にわたる援助を行う。
重度訪問介護	・重度の知的障害または精神障害により，行動上著しい困難を有する障がい者であって常時介護を要する者 ・重度の肢体不自由者で常時介護を要する者(区分 4 以上)	居宅において，入浴、排泄および食事等の介護，調理，洗濯および掃除等の家事ならびに生活等に関する相談および助言その他の生活全般にわたる援助ならびに外出時における移動中の介護を総合的に行う。

同行養護	視覚障害により，移動に著しい困難を有する障がい者等であって同行援護アセスメント票において．移動障害の欄に係る点数が 1 点以上であり，かつ，移動障害以外の欄に係る点数のいずれかが 1 点以上である者	外出時において，当該障がい者等に同行し，移動に必要な情報を提供すると共に，移動の援護，排泄および食事等の介護その他の当該障がい者等が外出する際に必要な援助を適切かつ効果的に行う。
行動養護	知的障害または精神障害により行動上著しい困難を有する障がい者等であって常時介護を要する者で区分 3 以上であり，区分の認定調査項目のうち，行動関連項目(ll 項目) 等の合計点数が 8 点以上(障がい児にあっては，これに相当する心身の状態)である者	障がい者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護，外出時における移動中の介護、排世および食事等の介護，その他行動する際に必要な援助を行う。
短期入所（ショートステイ）	く福祉型(障害者支援施設等において実施) > ①区分 1 以上である者②障がい児の障害の程度に応じて厚生労働大臣が定める区分における区分 l 以上に該当する障がい児 <医療型(病院，診療所，介護老人保健施設において実施)>遷延性意識障がい児・者，筋萎縮 性側索硬化症等の運動ニューロン 疾患の分類に属する疾患を有する者および重症心身障がい児者等	居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により，障害者支援施設,児重福祉施設その他の以下に掲げる便宣を適切に行うことができる施設等への短期間の入所を必要とする障がい者等につき当該施設に短期間の入所をさせ入浴、排泄および食事その他の必要な保護を行う。
重度障害者等包括支援	区分 6 (障がい児にあっては，これに相当する心身の状態) に該当する者のうち，意思疎通に著しい困難を有する者であって　次の① または②のいずれかに該当する者 ①重度訪問介護の対象であって，四肢すべてに麻痺等があり，寝たきり状態にある障がい者のうち，次のいずれかに該当する者 ・人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障がい者 ・最重度知的障がい者 ②区分の認定調査項目のうち,行動関連項目 11(項目) 等の合計点数が l5 点以上である者	居宅介護(ホームヘルプ),重度訪問介護，行動援護，生活介護，児重デイサービス，短期入所(シヨートステイ)，共同生活介護(ケアホーム)，自立訓練，就労移行支援，就労継続支援および旧法施設援(通所によるものに限る) を包括的に提供する。

療養介護	病院等への長期の入院による医療的ケアに加え，常時の介護を必要とする障がい者として次に掲げる者①筋萎縮性側索硬化症(ALS) 患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって，区分6の者 ②筋ジストロフィ一患者または重症心身障がい者であって，区分 5 以上の者	病院において機能訓練　療養上の管理，看護，医学的管理の下における介護，目常生活上の世話その他必要な医療を要する障がい者であって常時介護を要する者につき主として昼間において，病院において行われる機能訓練，療養上の管理，看護，医学的管理の下における介護および日常生活上の世話を行う。また，療養介護のうち医療に係るものを療養介護医療として提供する。
生活介護	地域や入所施設において，安定した生活を営むため，常時介護等の援が必要な者として次に掲げる者 ①区分 3 (施設入所する場合は区分4) 以上である者 ②年齢50歳以上の場合は，区分 (施設入所する場合は区分3) 以上である者	障害者支援施設その他の以下に掲げる便宣を適切に供与することができる施設において，入浴、排泄および食事等の介護，創作的活動または生産活動の機会の提供その必要な援助を要する障がい者であって，常時介護を要する者につき，主として昼間において，入浴、排泄および食事等の介護，調理,洗濯および掃除等の家事ならびに生活等に関する相談および助言その他の必要な目常生活上の支援創作的活動または生産活動の機会の提供その他の身体機能または生活能力の向上のために必要な援助を行う。
自立訓練 **（機能訓練）**	地域生活を営む上で，身体機能・生活能力の維持 ・ 向上等のため，一定の支援が必要な身体障がい者	障害者支援施設もしくはサービス事業所に通わせ，当該障害者支援施設もしくはサービス事業所において，または当該障がい者の居宅を訪問することによって，理学療法，作業療法その他必要なリハビリテーション，生活等に関する相談および助言その他の必要な支援を行う。
自立訓練 **（生活訓練）**	地域生活を営む上で，生活能力の維持・ 向上等のため，一定の支援が必要な知的障がい者・ 精神障がい者	障害者支援施設もしくはサービス事業所に通わせ,当該障害者支援施設もしくはサービス事業所において，または当該障がい者の居宅を訪問することによって，入浴,排泄および食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練，生活等に関する相談および助言．その他の必要な支援を行う。

宿泊型自立訓練	自立訓練（生活訓練）の対象者のうち，目中，一般就労や障害福祉サービスを利用している者等であって，地域移行に向けて一定期間，居住の場を提供して，帰宅後における生活能力等の維持・ 向上 のための訓練その他の支援が必要な知的障がい者・ 精神障がい者	居室その他の設備を利用させると共に．家事等の日常生活能力を向上させるための支援，生活等に関する相談および助言その他の必要な支援を行う。
就労移行支援	就労を希望する 65 歳未満の障がい者であって，通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者	生産活動，職場体験その他の活動機会の提供その他の就労に必要な知識および能力の向上のために必要な訓練　求職活動に関する支援，その適性に応じた職場の開拓就職後における職場への定着のために必要な相談，その他の必要な支援を行う。
就労継続支援 A 型（雇用型）	企業等に就労することが困難な者であって　雇用契約に基づき，継続的に就労することが可能な 65 未満の者（ 利用開始時 65 歳未 満の者)	生産活動その他の活動の機会の提供，その他の就労に必要な知識および能力の向上のために必要な訓練，その他の必要な支援を行う。
就労継続支援 B 型（非雇用型）	就労移行支援事業等を利用したが一般企業等の雇用に結び付かない者や一定年齢に達している者等であって，就労の機会等を通じ生産活動に係る知識および能力の向上や維持が期待される者	通常の事業所に雇用されることが困難な障がい者のうち，通常の事業所に雇用されていた障がい者であって，その年齢・心身の状態の他の事情により，引き続き当該事業所に雇用されることが困難となった者．就労移行支援によっても通常の事業所に雇用されるに至らなかった者，その他の通常の事業所に雇用されることが困難な者につき，生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識および能力の向上のために必要な訓練，その他の必要な支援を行う。

※基本的には，自立訓練は昼間のサービスだが，宿泊を伴う自立訓練を受ける場合は，施設入所支援と関係なく施設を利用することができる。 この場合を宿泊型自立訓練と言う。

(3) . 居住系サービスの対象とサービス内容

個別給付	対象者	サービス内容
施設入所支援	①生活介護を受けている者であって，区分4以上(50歳以上の者にあつては区分3 以上) である者(以下，訓練等) を受けている者であって，入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者，または地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむをない事情により，通所によって訓練等を受けることが困難な者	施設に入所する障がい者につき，主として夜間において，入浴、排泄および食事等の介護，生活等に関する相談および助言その他の必要な日常生活上の支援を行う。
共同生活援助 （グループホーム）	区分 1 以下に該当する身体障害者(65歳未満の者または65歳に達する目の前日までに障害福祉サービスもしくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る)，知的障がい者および精神障がい者 ※区分 2 以上の者であっても，あえて共同生活援助(グループホーム)の利用を希望する場合，利用することは可能。	地域で共同生活を営むのに支障のない障がい者につき，主として夜間において,共同生活を営むべき住居において日常生活上の援助を行う

■地域生活支援事業

1) 相談支援専門員

障がい者ケアマネジメントは「相談支援専門員」が中核的な存在として位置付けられている。

資格要件	一定の実務経験があり，都道府県の実施する養成研修を受講することが必要。 講習会は年に 1 回ほど実施されている。
配置機関	指定相談支援事業所と呼ばれる，障がい者の相談に応じてケアプランを作成する機関。 相談支援事業所は都道府県の指定が必要であり，サービス提供管理者を配置することが義務付けられている。
業務内容	障がい者のニーズを把握し，ケアプランの作成を支援する。 ケアプラン作成の費用は市町村から給付され，利用者の自己負担はない。

2）市町村事業

事業名	内容
相談支援事業 計画相談支援 地域相談支援 障害児相談支援	障がいのある人，その保護者，介護者などからの相談に応じ,必要な情報提供や権利擁護のために必要な援助などを行う。 また，自立支援協議会を設置し，地域の相談支援体制やネットワークの構築を行う。 基幹相談支援センターが，地域における相談・ 支援の中核的役割を担う。
成年後見制度利用支援事業	補助を受けなければ成年後見制度の利用が困難である者を対象に費用を助成する。
コミュニケーション支援事業	聴覚，言語機能，音声機能，視覚などの障害のため意思疎通を図ることに支障がある人とその他の人との意思疎通を仲介するために手話通訳や要約筆記，点訳などを行う人の派遣などを行う。
日常生活用具給付等事業	重度障がいのある人などに対し，自立生活支援用具などの日常生活用具の給付または貸与を行う。
移動支援事業	屋外での移動が困難な障がいのある人について外出のための支援を行う。
地域活動支援センター	障がいのある人が通い，創作的活動または生産活動の提供，社会との交流の促進などの便宜を図る。
福祉ホーム	家庭環境，住居事情などの理由により，居宅において生活することが困難な者を対象に，利用者の目常生活に関する相談，助言などを提供する。
その他の事業	市町村の判断により，自立した目常生活または社会生活を営むために必要な事業を行う。 例: 訪問入浴サービス事業. 目中一時支援事業，社会参加促進事業など

（3）都道府県事業

事業名	内容
専門性が高い相談支援事業	発達障害，高次脳機能障害など専門性の高い障害について相談に応じ，必要な情報提供などを行う。
広域的な支援事業	精神障害者退院促進支援事業など市町村域を超えて広域的な支援が必要な事業を行う。
その他の事業（研修事業を含む）	都道府県の判断により，自立した日常生活または社会生活を営むために必要な事業を行う。 例: 福祉ホーム事業，情報支援等事業，障害者 IT 総合推進事業，社会参加促進事業など また，サービス提供者，指導者などへの研修事業などを行う。

■支給決定・サービス利用の流れ

障がい者の福祉サービスの必要性を総合的に判定するため，支給決定の各段階において，「障害者の心身の状況(障害支援区分)」「社会活動や介護者，居住などの状況」「サービスの利用意向」「訓練・ 就労に関する評価」を把握した上で，支給決定を行う。

なお，障害支援区分の認定は，介護給付の申請者だけを対象とし，訓練等給付の申請者については行われないが、共同生活援助に関しては障害支援区分の認定が必要となる。

受付・申請

↓

障害者支援区分の認定

介護給付では区分 1～6 の認定

低 ←→ 高（要介護）

非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6

障がい者の特性を踏まえた判定が行われるよう，介護保険の要介護認定調査項目(79 項目)に調理や買い物ができるかどうかなどの lADL に関する項目(7 項目)，多動やこだわりなど行動障害に関する項目(9 項目)，話がまとまらないなど精神面に関する項目(ll 項目) の計 27 項目を加えた 106 項目の調査を行い，市町村審査会での総合的な判定を踏まえて市町村が認定する。

↓

サービス等利用計画案の作成

市町村は，必要と認められる場合として省令で定める場合には，指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案の提出を求め，これを勘案して支給決定を行う。

・上記の計画案に代えて，省令で定める計画案(セルフケアプラン等) を提出することもできる。

・特定相談支援事業者の指定は，総合的に相談支援を行う者として省令で定める基準に該当する者について，市町村が指定する。

・サービス等利用計画作成対象者を拡大する。

↓

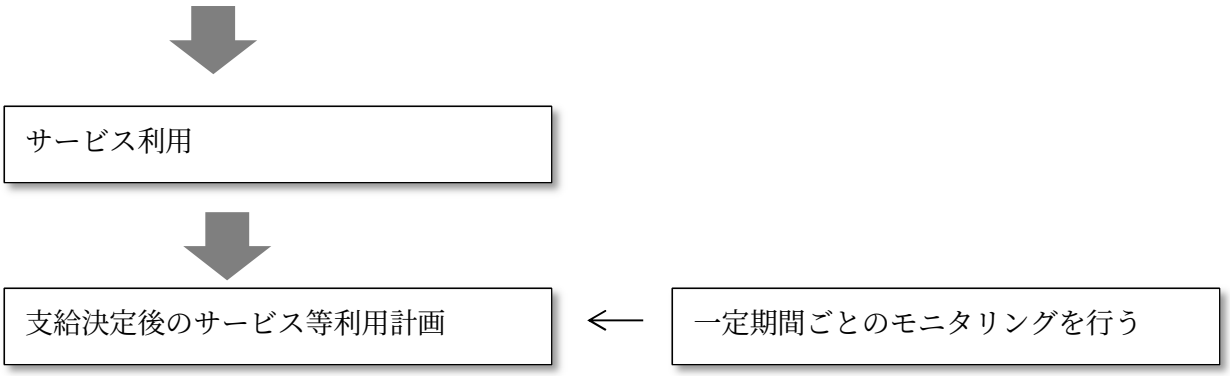
支給決定

↓

支給決定時のサービス等利用計画

支給決定時のサービス等利用計画の作成，および支給決定後のサービス等利用計画の見直し(モニタリング) について，計画相談支援給付費を支給する。

↓



◆自己負担額と各種減免

利用者負担はサービス量と所得に着目した負担の仕組み(所得に応じた月額負担上限額の設定) になっており, 食費, 光熱水費などの実費負担は, 3 障害(身体・知的・ 精神) で共通した仕組みになっている。

利用者負担については, 低所得世帯に配慮した軽減策が講じられている。 また,障害者福祉サービスと補装具の利用者負担が合算され, 負担が軽減されている。

1) 月額負担上限額の設定

障害福祉サービスの定率負担は, 所得に応じて 4 区分の月額負担上限額が設定され, ひと月に利用したサービスの量に関係なく, それ以上の負担は生じない。

区分	世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護	生活保護世帯	0 円
低所得者	市町村民税非課税世帯	0 円
一般 1	市町村民税課税世帯 (所得割 l 6 万円未満) ※入所施設利用者(20 歳以上), グループホーム利用者を除く	9,300 円
一般 2	上記以外	37,200 円

2）所得を判断する際の世帯の範囲

種別	世帯の含範囲
18 歳以上の障がい者 （施設に入所する 18,19 歳を除く）	障がい者本人とその配偶者
障がい児	保護者の属する住民基本台帳での世帯

◆障害者生活を支える手帳制度

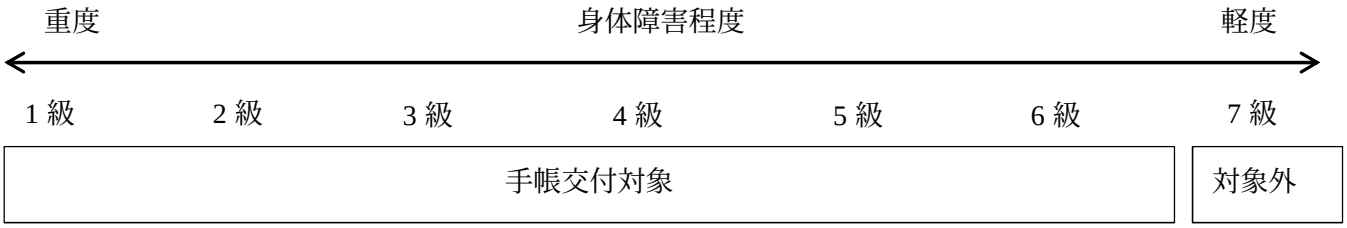
（1）身体障害者手帳

身体障害者福祉法の定める各種サービスを利用するためには，まず身体障害者手帳の交付を受けなければならない。手帳は，すべての福祉サービスを受ける際の基礎となる。

対象	視覚　聴覚，平衡機能，音声機能，言語機能，咀嚼機能，肢体不自由(上肢・下肢・ 体幹・ 脳原性運動機能障害)，心臓機能，腎臓機能，呼吸器機能，膀胱機能，直腸機能，小腸機能，免疫機能，肝機能に一定程度以上の永続する障がいがある 18 歳以上の人で，障害の程度によって 1 ~6 級に区分される。1 級が重度の障害を示す。
申請窓口	市区町村
申請方法	交付申請書に，指定を受けた医師の診断書，写真を添付して提出する。 交付された手帳の記載事項に変更があった時や紛失などで再交付を受ける時は，所定の手続きが必要。

程度等級

身体障害者等級は 1 級から 7 級まである。このうち 7 級は手帳の対象にはならない。



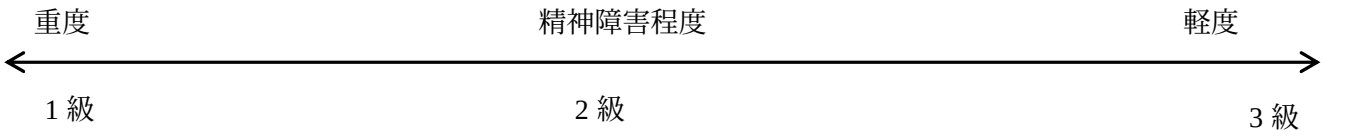
（2）精神障害者保健福祉手帳

精神障がい者の福祉では，「精神障害者保健福祉手帳」の所持を療育手帳と同様に絶対条件としていない。
しかし税金の減免などに必要となる。また本制度は障害者年金制度と密接なかかわりを持っている。

申請窓口	市区町村
申請方法	本人が交付申請書に所定の医師の診断書と写真を添付し，居住地または現住地を管轄する市町村を経由して都道府県知事 (指定都市市長) に提出する。 精神保健福祉センターでの判定を踏まえて交付される。 有効期間が 2 年となっており，更新が必要。
用件	1 級 ： 他人の援助を受けなければ身の回りのことがほとんどできない。 2 級 ： 必ずしも他人の助けを借りる必要はないが，目常生活が困難な程度。 3 級 ： 目常的な家事などはこなすことができるが，状況や手順が変化すると困難が生じる程度。

程度等級

精神障害者等級は 1 級から 3 級まである。



（3）療育手帳(知的障がいがある人を対象にした手帳)

知的障がい者の福祉では，「療育手帳」(名称は各都道府県によって異なる場合あり) の所持を絶対条件としていないが，特別児童扶養手当の受給，税金の減免,JR 運賃割引などのサービスの利用をするためには必要となる。

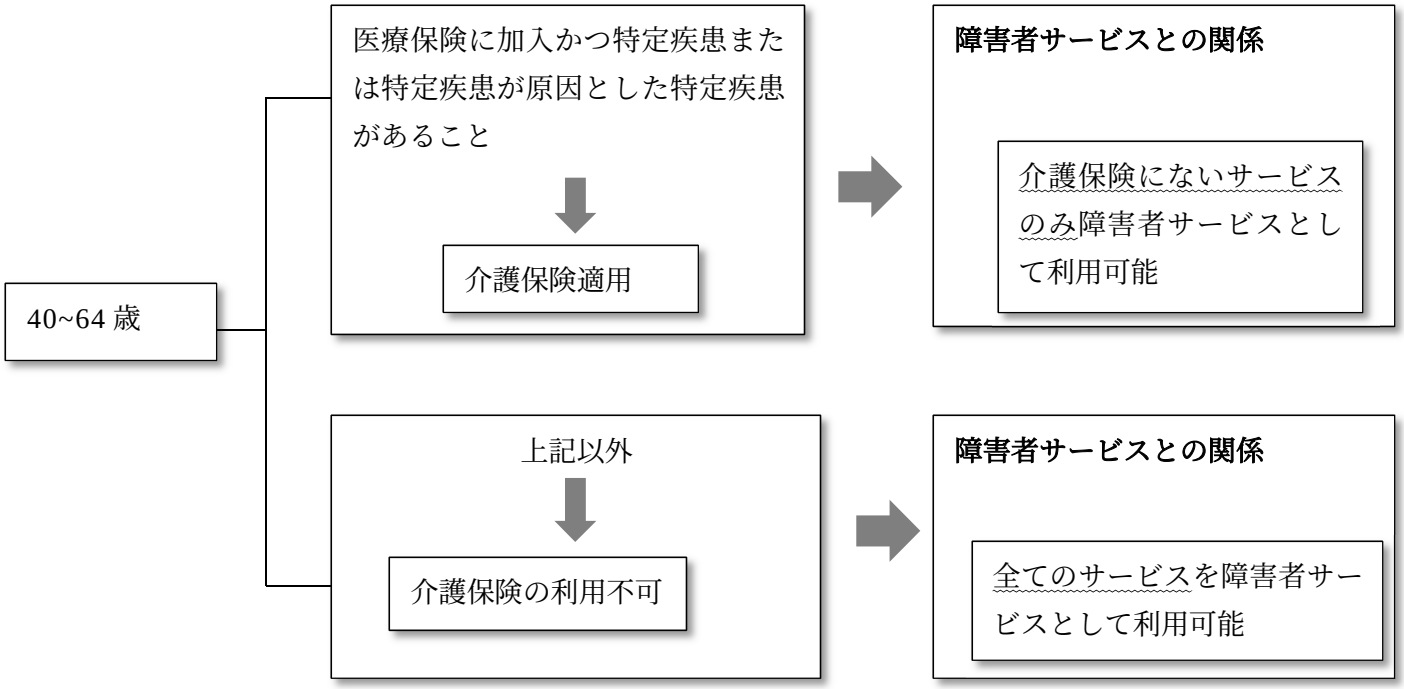
対象	知的障がい者、児
申請窓口	市区町村
申請方法	交付申請書に，指定を受けた医師の診断書，写真を添付し提出する。 交付された手帳の記載事項に変更があった時や紛失などで再交付を受ける時には，所定の手続きが必要。 手帳には次回判定年月が記載されており，時期が来たら再判定を受ける必要がある。

◆介護保険法と障害者総合支援法との関係

介護保険サービスと障害者福祉サービスにおいて重複するサービス部分については介護保険制度を優先とする。

年齢別適用関係

年齢	～40 歳	40 歳~64 歳		65 歳～	
介護保険法によるサービス	×	○	医療保険に加入かつ特定疾患または特定疾患が原因とした疾患があること	○	介護保険によるサービスを優先する
障害者総合支援法によるサービス	○	○	介護保険によるサービスを利用している場合は不足するサービスのみ適用する	○	介護保険によるサービスで不足する部分を補完する



64 歳～

64 歳以上の者は無条件で介護保険によるサービスを適用

障害者サービスとの関係

全てのサービスを障害者サービスとして利用可能

医療補助制度と資金貸付制度

（1）健康保険の療養費

◆療養費とは

健康保険は現物給付が原則である。しかし，いつでも現物給付が受けられるとは限らない。そのようなケースでは，いったん患者(被保険者または被扶養者) が費用の全額を支払い，医療機関などの領収証を添えて保険者に請求すると，支払額の 7 割程度が現金で還付される。 このような給付を「療養費」 と言う。

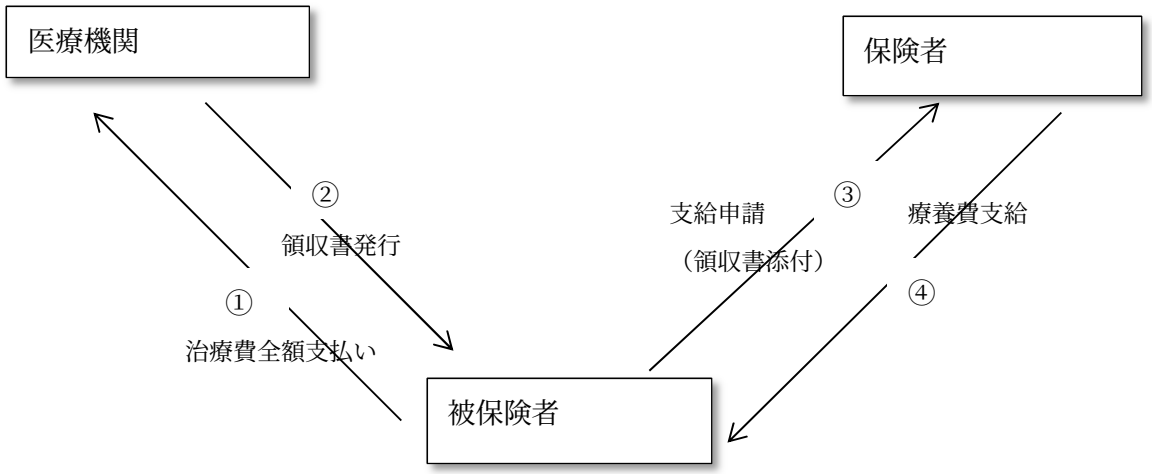
療養費の 3 文字が付く給付は多数あり，療養費，入院時食事療養費，入院時生活療養費，訪問看護療養費，高額療養費，高額介護合算療養費，保険外併用療養費などが挙げられる。療養費は，原則として「申請主義」(被保険者が申請しなければ給付されない) である。

療養費の額は，原則として保険者が決定することとなっている。療養費支給申請書に病名と治療内容を説明する文書を添えるので，点数表や薬価基準などを根拠に医療費の額を算出して療養費の額は決定される。

◆高額療養費

1）受給手続

原則被保険者が市町村に申請する「申請主義」となる。



2）計算方法

70 歳未満	上位所得者	15,000 円+（医療費）×1% (83,400 円)
	一般	80,100 円+（医療費）×1% (44,400 円)
	低所得者	35,400 円 （24,600 円）
70 歳以上	現役並み所得者	≪44,400 円≫ 80,100 円+（医療費）×1% (44,400 円)
	一般	≪24,600 円≫62,100 円 （44,400 円）
	低所得者Ⅰ	≪8,000 円≫24,600 円
	低所得者Ⅱ	≪8,000 円≫15,000 円

※現役並み所得者 ： 月額 28 万円以上，あるいは年間 l 45 万円以上の課税対象所得がある高齢者

低所得者 II: 世帯員全員が住民税非課税である世帯

低所得者 I: 世帯員全員が年金収入 80 万円以下である世帯

※<医療費> は全体の医療費から，定額の限度額に対応する医療費を控除した額。

※(　) 内は多数該当(4 ヵ月以上入院するような場合) の限度額。

※「70 歳以上・ 一般」は法律本則の数字である。現在は,44,400 円(外来は 12,000 円) の経過措置が取られている。

厚生労働省　患者負担の見直し(案) について(平成 17 年 12 月 22 日)/健康保険法等の一部を改正する法律案について (平成 18 年 2 月 7 目)

◆特定疾病と一般疾病

高額療養費は，特定疾病と一般疾病で取り扱いが異なる。 「特定疾病」は介護保険とは全く別物であるため，区分して記憶することが必要となる

介護保険の特定室病	自己負担限度額
①人工透析を行う慢性腎不全 ②血漿分画剤を使用する血友病 ③血液製剤で感染した HIV	月額 1 万円 (人工透析を受ける上位所得者は 2 万円)

この 3 疾病は，月額 50 万円程度の治療を終生続ける必要があり，家計の長期的な医療費負担は巨額となる。 そこで，家計の負担を軽減するため，自己負担額が制限されている。

Ⅰ.70 歳未満の一般疾病

70 歳未満の一般疾病にかかる高額療養費の自己負担限度額は，世帯の所得水準と高額療養費の年間受給回数によって変化する。

①基本形

世帯の所得により，「一般」，「上位所得者」 (標準報酬月額 53 万円以上)，および「低所得者」 (市町村民税非課税) に区分され，所得の多い者ほど自己負担は重く設定されている。

高額療養費算出の基本公式は，次のとおり

【基本公式】

高額療養費＝窓口支払額ー（定額負担+定率負担）

ただし

窓口支払額 医療費の 3 割相当額

定額負担：一般＝81,000 円

上位所得者＝15 万円

低所得者＝3 万 5,400 円

定率負担：一般＝（医療費総額ー26 万 7,000 円）×1%

上位所得者＝（医療費総額ー50 万円）×1%

低所得者＝定率負担なし

この公式に当てはめて答えがプラスになるようなら，高額療養費の支給申請を行う必要がある。

②多数該当

過去 l2 ヵ月間に高額療養費を 3 回受給し，今回が 4 回目となる場合を「多数該当」 と言う。 多数該当世帯の累積医療費負担は相当な金額になっており，負担軽減のため，定額負担が引き下げられ，定率負担はない。

.. -

定額負担: 一般=4 万 4,400 円

上位所得者=8 万 3,400 円

低所得者＝2 万 4,600 円

定率負担:なし

③世帯合算

世帯単位の場合は無制限に家族構成員の医療費を足し算するのではなく，合算基準(月額 3 万円) を超えた医療費だけを加算することに注意

なお，特定疾病の自己負担は月額 1 万円だが，3 割相当額が合算基準を超えていれば，当然ながら合算高額療養費の対象になる。合算高額療養費についても，所得区分，多数該当がそのまま準用される。

Ⅱ.70 歳以上の一般疾病

70 歳以上 (重度の障がい者は 65 歳以上) の高齢者の高額療養費 (後期高齢者医療制度では高額医療費と言う) の取り扱いは同じ。

①入院と入院外

70 歳以上の高齢者の高額療養費 (高額医療費) が 70 歳未満と異なるのは，「入院」と 「入院外」に自己負担限度額が区分されていること。

②所得区分と多数当

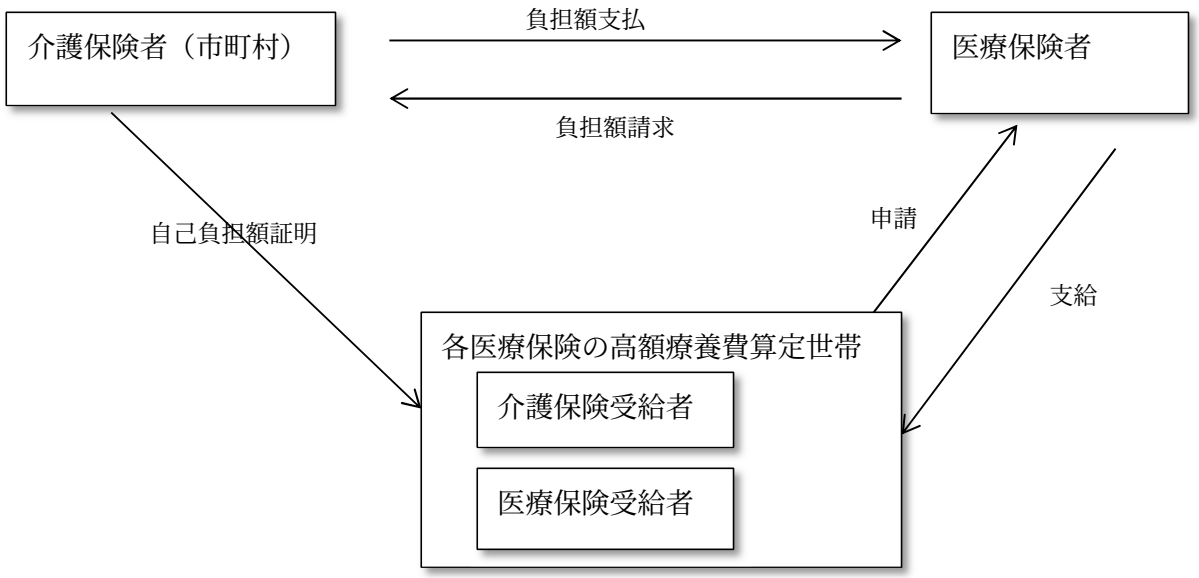
70 歳以上の高齢者も，所得水準と高額療養費(高額医療費) の受給回数によって，自己負担限度額が変化する

③高額介護合算療養費

医療保険の自己負担と介護保険の利用者負担の合算額が一定額に達した場合には,一定額を超えた額が「高額介護合算療養費」 として現金還付される。高額療養費または高額介護サービス費が単独で支給されている場合は，その額が控除される。

一定額	75歳以上の人がいる世帯	年額56万円
	70歳以上75歳未満のいる人の世帯	年額56万円
	70歳未満の人がいる世帯	年額67万円
算定期間	毎年8月～翌年7月	

◆高額医療・高額介護合算制度



厚生労働省: 健康保険法等の一部を改正する法律案について(平成 18 年 2 月 7 日)

（2）資金貸付制度

生活福祉資金貸付制度は，低所得世帯などに対し資金の貸付と必要な援助指導を行うことにより，その世帯の経済的自立や生活意欲の助長促進，在宅福祉や社会参加の促進を図り，安定した生活を送ることができるようにすることを目的とした制度

実施主体	社会福祉協議会 (窓口業務は市町村社会福祉協議会などで実施)	
貸付対象	低所得者	必要な資金をほかから借り受けることが困難な世帯(市町民税非課税程度)
	障がい者世帯	身体障害者手帳，療育手帳，精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者等の属する世帯
	高齢者世帯	目常生活上介護を要する65歳以上の高齢者の属する世帯

資金種類		限度額
①総合支援資金（継続的な支援必須）	生活支援費 ※最長 1 年間の生活費	(2 人以上) 月 20 万円以内 (単身) 月 15 万円以内
	住宅入居費 ※敷金、礼金	40 万円以内
	一時生活再建費 ※一時的な需要に対応	60 万円以内
②福祉資金	福祉費	580 万円以内 ※資金の用途に応じて目安額を 設定
	緊急小口資金	10 万円以内 ＊保証人不要
③教育支援資金	教育支援費	月 6.5 万円以内
	就学支度金	50 万円以内
④不動産担保型生活資金	(一般世帯向け)	月 30 万円以内
	(要保護世帯向け)	生活扶助額の 1.5 倍

引用・ 参考文献

1) 厚生労働省ホームページ: 生活福祉資金貸付制度

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatsu-fukushi-shikin1 html (2014年2 月閲覧)