

介護保険制度

～ 介護保険制度およびサービス提供の流れについて～

- 介護保険制度導入の背景
- 高齢者福祉の制度
- 介護保険制度（2000年）以前の法体系
- 介護保険ができるまでの経緯
- 介護保険関連法規
- 介護保険制度の財源について
- 介護保険制度の目的
- 法定代理受領
- 介護保険給付の種類
- 公費について
- 利用限度額について
- 要介護認定の流れ
- 償還払いの仕組みについて
- 介護保険法に基づくサービス提供の流れ
- 介護給付費請求の流れについて
- 介護保険と医療保険の区分けについて



(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店

福岡シティ福祉サービス

介護保険制度導入の背景

高齢者社会の現状

高齢化率＝総人口に占める 65 歳以上高齢者の人口割合

- ・ 1970（昭和 45）年に高齢化率が 7%を突破し、高齢化社会に突入。
- ・ 1994（平成 6）年には高齢化率は倍の 14%を超え、2010（平成 22）年には 23.0%に達している。
- ・ 来推計人口（予想）・・・

2050（平成 62）年	36.9%～41.8%
2055（平成 67）年	37.3%～43.4%

高齢化が急激に進んできた要因

平均余命の伸び
出生率の低下

（単位 万人）

年 次	総人口	高齢者人口	高齢化率(%)
1950(昭和25)年	83,200	4,109	4.9
1960(昭和35)年	93,419	5,350	5.7
1970(昭和45)年	103,720	7,331	7.1
1980(昭和55)年	117,060	10,647	9.1
1990(平成2)年	123,611	14,895	12.1
2000(平成12)年	126,926	22,005	17.4
2005(平成17)年	127,768	25,672	20.2
2010(平成22)年	128,057	29,246	23.0
2013(平成25)年	127,730	31,900	25.1

高齢化率の増加

出生率について

- ・ 1947（昭和 22）年～3 年間（第 1 次ベビーブーム）の合計特殊出生率が 4.54～4.32
- ・ 1960 年代後半～1970 年代前半（第 2 次ベビーブーム期）を除いて一貫して下がり続け、近年では 1.2 ～1.3 台を前後している。

年	合計特殊出生率 (%)	年	合計特殊出生率 (%)
1947（昭和 22）	4.54	2000（平成 12）	1.36
1950（昭和 25）	3.65	2005（平成 17）	1.26
1955（昭和 30）	2.37	2010（平成 22）	1.39
1960（昭和 35）	2.00	2013（平成 25）	1.43
1965（昭和 40）	2.14		
1970（昭和 45）	2.13		
1974（昭和 49）	2.05		
1979（昭和 54）	1.77		
1984（昭和 59）	1.81		
1989（平成元）	1.57		
1998（平成 10）	1.34		

合計特殊出生率は
次第に低下

高齢化とともに進む要介護者の急増

介護を必要とする高齢者は、平均余命の伸長と高齢者数・率の伸びとともに増加

◆1997（平成 9）年における年齢別の要介護出現率について

- ・ 65 歳～75 歳未満（前期高齢者）：3.5%～1.5%
- ・ 75 歳～後期高齢期において

80 歳代前半ではおよそ 10 人に 1 人

85 歳以上では 4 人に 1 人近く

が要介護状態になると予想

性・年齢別の要介護高齢者出現率

（単位・・・％）

65 歳以上人口比率	21.8%
75 歳以上人口比率	10.7%



	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
男	2.59	5.31	9.58	17.98	38.46
女	1.99	5.56	12.42	27.67	55.81
男女計	2.27	5.45	11.25	24.1	50.77

高齢社会 NGO 連携協議 エイジング総合研究センターより引用

将来推計人口に占める要介護高齢者の割合

（単位・・・％）

	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年
前期高齢者（65～74 歳）	4.6	4.6	4.5	4.8	4.8
後期高齢者（75 歳以上）	28.5	29.7	31.00	34.7	34.4
年齢計（65 歳以上）	15.5	16.6	17.4	18.6	20.2

高齢社会 NGO 連携協議 エイジング総合研究センターより引用

2000（平成 12）年 4 月：約 256 万人

2007（平成 19）年 4 月：約 450 万人



当初見込みの 2010 年の数をはるかに上回った。

認定者数が増大した大きな要因

- ・ 介護サービスが措置制度から社会保険制度へと転換されたことによって権利性が高まったこと
- ・ 対象者の掘り起こし、介護予防の効果が十分ではなかったこと

8

認知症者数の推移（将来推計）

認定者数の推移(単位：千人)

年度	平成 22 年 (2010)	平成 24 年 (2012)	平成 27 年 (2015)	平成 32 年 (2020)	平成 37 年 (2025)
認知症認定数 日常生活自立Ⅱ以上	280	305	345	410	470
比率（65 歳以上人口 に対する比率）	9.5%	9.75%	10.2%	11.3%	12.8%

資料：厚生労働省老健局高齢者支援課「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

家族介護の実態

介護を担う家族は大きな負担を負っている

要介護高齢者の状況について白書は以下のように指摘されている。

要介護高齢者の発生率が加齢とともに急を要する。
高齢化の進展とともに介護を要する高齢者が急増している。
寝たきりの期間が長期化し、47.3%が3年以上の寝たきりであること。
これは、家族介護が「出口のみえない介護」となっていることを意味している。
主介護者も高齢化してきており、主介護者の49%が、自身も60歳以上であり、高齢者が高齢者を介護するという「老々介護」となっている。
家族介護の85.9%が女性によって担われているという実態である。
介護者の続柄でみると配偶者27.9%、子20.6%、子の配偶者33.4%だが、その圧倒的多数が妻であり、娘であり、嫁である女性の肩にかかっており、介護問題はまさに女性問題でもあることが明らかにされてる。

家族で介護するときの問題点

- ・「食事や排泄、入浴などの世話の負担が大きい」(57.5%)
- ・「家を留守にできない」(36.2%)
- ・「ストレスや精神的負担が大きい」(32.0%)

高齢者虐待について

- ・「介護を受ける者に対し憎しみを感じたことがある者」(34.6%)
- ・虐待をしたことのある介護者は(49.6%)

＊家族介護をめぐるこうした実態は、介護を社会全体で支えようとする介護保険の登場が「待ったなし」の状況であったことをあらわしている。

寝たきり期間別にみた寝たきり高齢者の割合

1 月未満 3.8%	6 月以上 1 年未満 10.6%	1 年以上 3 年未満 26.8%	3 年以上 47.3%
---------------	----------------------	----------------------	----------------

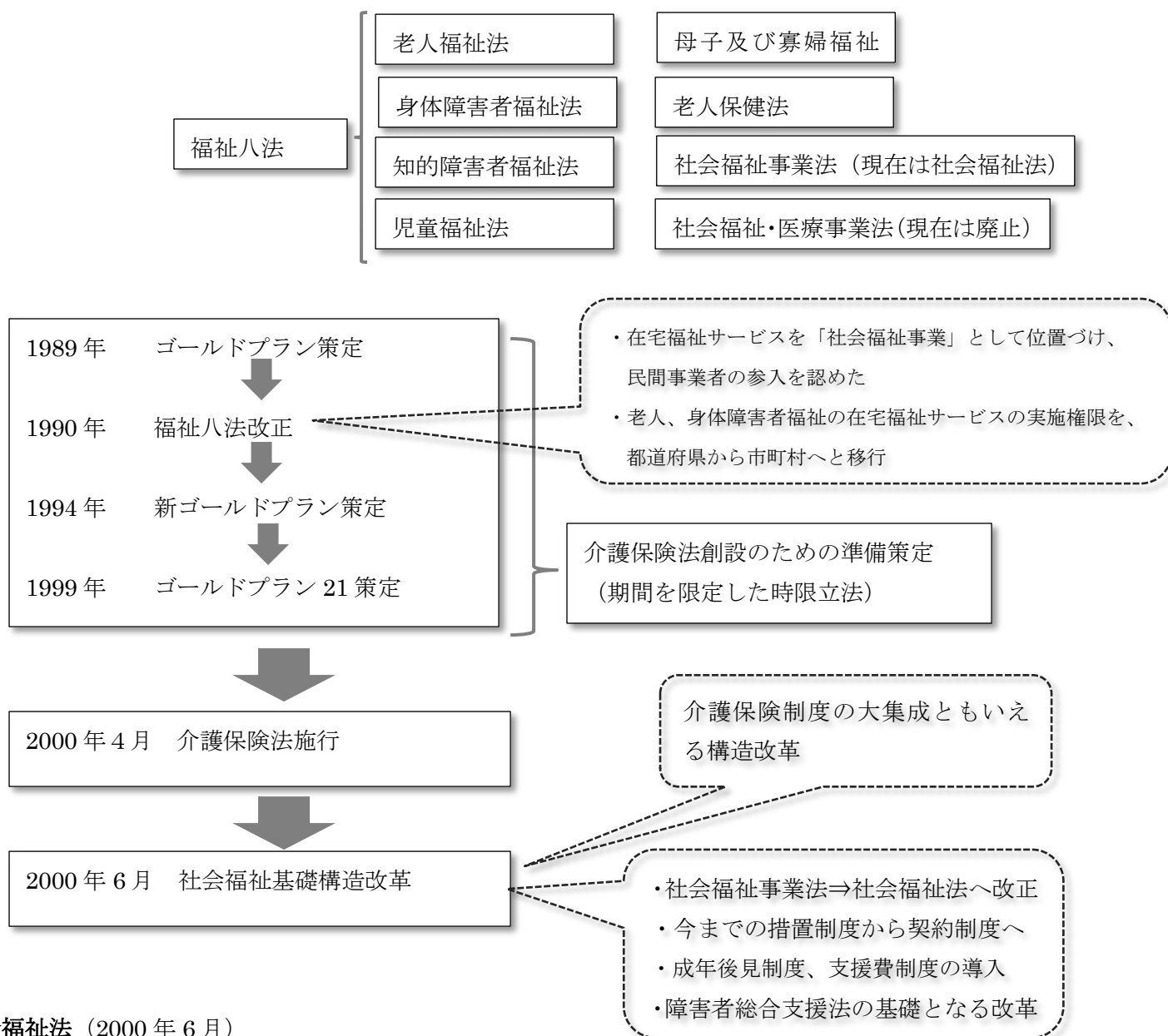
寝たきり高齢者の主な介護者（同居）年齢層別構成

39 歳以下 5.6%	40~49 歳 18.2%	50~59 歳 27.2%	60~69 歳 27.0%	70 歳以上 22.0%
----------------	------------------	------------------	------------------	-----------------

寝たきり高齢者の介護者（続柄）

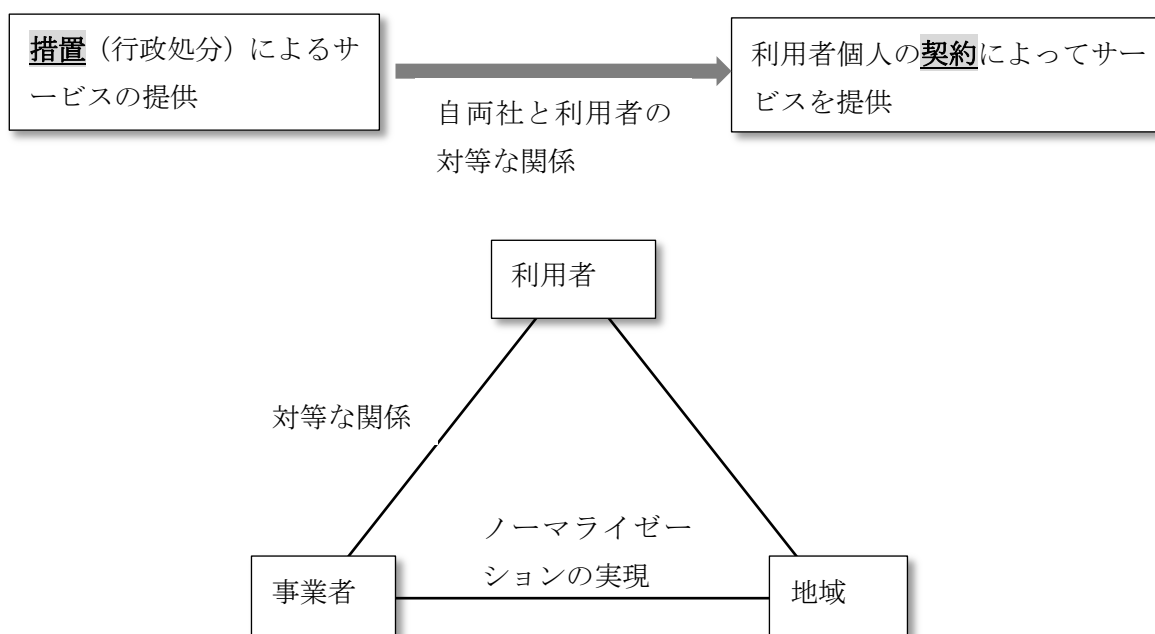
同居				別居	
配偶者 27.9%	子 20.6%	子の配偶者 33.4%	その他 親族等 4.0%	親族 5.6%	親族以外 8.4%

高齢者福祉の制度



社会福祉法（2000年6月）

社会福祉基礎構造改革の中で社会福祉事業法が改定される形で創設



(福祉サービスの基本理念)

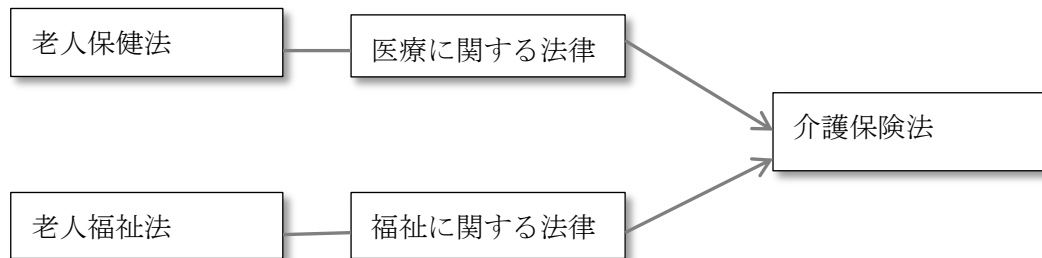
第 3 条 福祉サービスは個人の尊厳を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身とともに健やかに育成され、またはその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援する者として、良質かつ適切でなければならない。

(福祉サービス提供の原則)

第 5 条 社会福祉を目的とする事業を経営する者は、その提供する多様な福祉サービスにつて、利用者の意向を尊重し、かつ、保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供することができるようその事実努めなければならない。

◆高齢者保健福祉のあらまし（介護保険法施行まで）

	年度	制度
明治・大正	1874	恤救規則制定
昭和（戦前）	1929	救護法制定
昭和（戦後）	1960 年代	高齢者福祉の創設
	1962(S37)	訪問介護事業の創設
	1963(S38)	老人福祉法制定
	1970 年代	老人医療費の増加
	1973 (S48)	老人医療費の無償化
	1978 (S53)	ショートステイ事業の創設
	1979 (S54)	デイサービス事業の創設
	1980 年代	保健・医療・福祉の連携と在宅サービスの重視
	1982(S57)	老人保健法制定
	1987(S62)	老人保健法訂正(老人保健施設創設) 社会福祉士法及び介護福祉士法制定
	1989 (H1)	高齢者福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）制定
平成	1990 年代	計画的な高齢者保健福祉の推進
	1990(H1)	寝たきりゼロ作戦 福祉八法改正（在宅サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画）
	1991 (H3)	老人保健法改正（老人訪問看護創設）
	1994(H6)	新・高齢者保健福祉増進十か年戦略（新ゴールドプラン）創設
	1999(H11)	今後 5 か年の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン 21）の創設
	2000(H12)	介護保険法施行



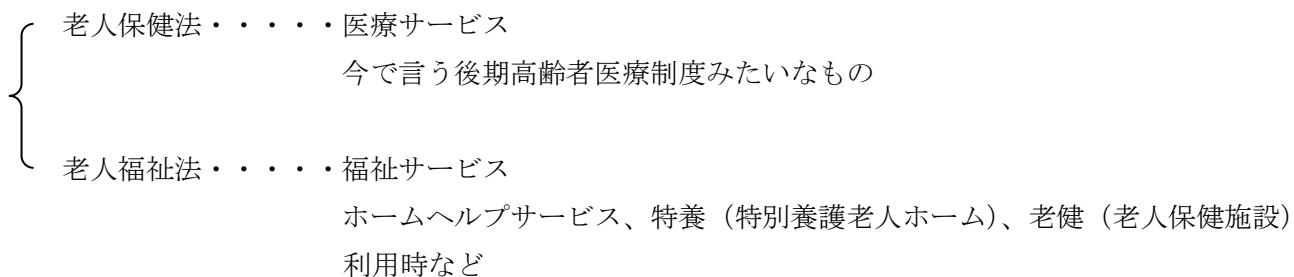
介護サービスとは

人間は年を取るほど、体の部位に何かしらの疾患を負ってしまうものである。

今まで当たり前に出ていたこと（寝る、起きる、イスに座る、着替える、トイレを済ませる、入浴する……）ことが体の機能低下により次第に困難になり、場合によっては、生きがいをなくしてしまう（ADL 低下）を引き起こしてしまう。

介護サービスとは今まで当たり前に出ていた日常の生活を手助けするため、他人の手を借りて、日常生活を何不自由なく遂行する為サービスとして提供するものである。そしてそのサービスを提供することにより元気を取り戻してもらおうという願いから、高齢者福祉サービスとして誕生したものなのである。

介護保険制度（2000 年）以前の法体系

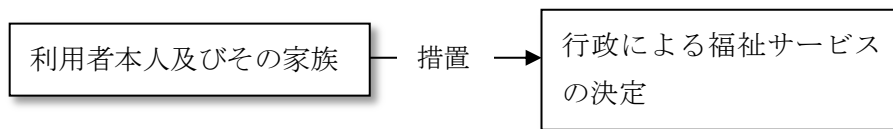


◆ 介護保険制度が出来た背景（問題点）

- ・ 措置制度・・・福祉サービスを定める上では、利用者本人に決定権はなく行政が受け入れ先を決める制度。
したがって利用者本人や家族が受けたいサービスを選ぶことは出来なかった。
- ・ 社会的入院・・・本来、病院は治療の必要性があることから入院をするところ、だが症状が比較的安定しているにもかかわらず、受け入れ先の不足から、そのまま入院生活を余儀なくされていた。
- ・ 介護を必要とする高齢者、認知症の高齢者が増大
- ・ 老老介護（老人が老人を介護すること）、介護疲れによる「家庭崩壊」が顕著になってきた。
- ・ 上記 2 つの法律は別々の制度で手続きが面倒な上、利用者負担も公正でないとの批判があった。

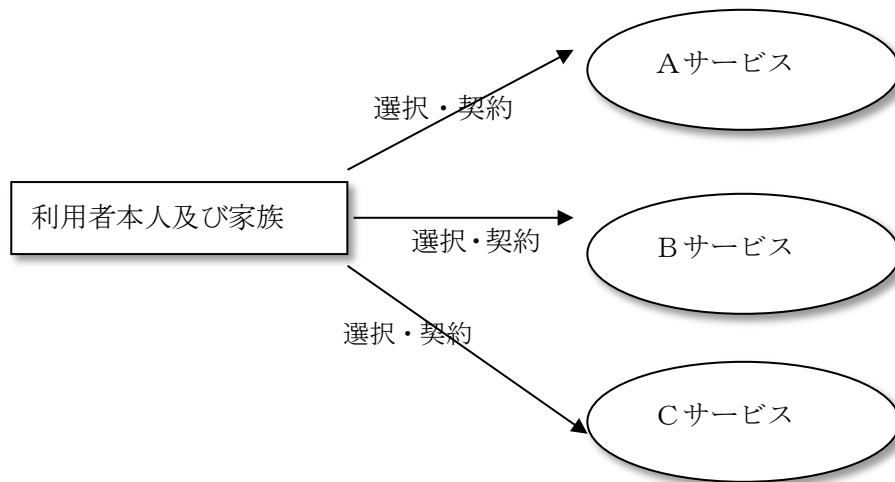
介護サービスの申し込み方法について

◆措置制度について（介護保険以前の体制）



利用者本人、家族に選択の余地がなく、行政の決定に従わざるを得なかった。

◆契約制度について（介護保険制度発足後）



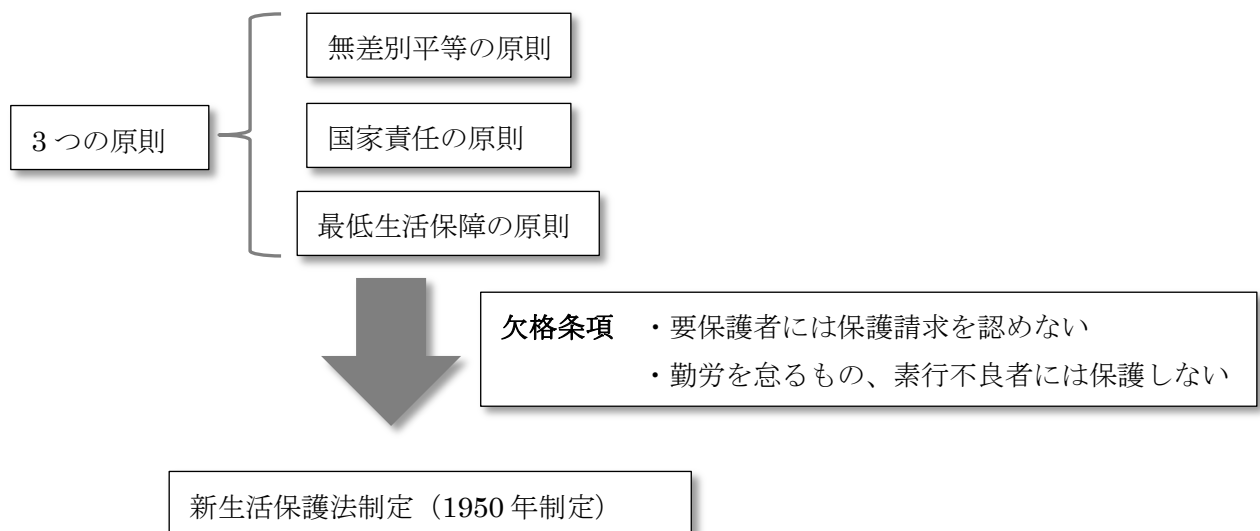
介護保険の大きな特徴・・・・・・・・措置⇒契約となったこと

介護関連各種法規

① 生活保護法

- 公的扶助制度
- ① 国家責任のもとに国民の**最低生活**を保障することを目的とする
 - ② 自助努力では生活できない困窮者を対象にする
 - ③ 要保護者の生活状況を把握するため**資産調査**を行う
 - ④ 本人の拠出は要件とされず、**全額公的負担**で給付される。
 - ⑤ 他の社会保障制度に対して**補完的な関係**にあり、国民の**最低生活を保障する制度**である

◆旧生活保護法・・・1946年に施行



◆新生活保護法・・・1950年施行

基本原理

- ・ 無差別平等の原理
- ・ 最低生活保障の原理
- ・ 補足性の原理・・・各自持っているすべてを活用したうえで「最低限度の生活」を維持するのに不足する部分を保護する。

最低生活費

年金、児童扶養手当等の収入

支給される保護費

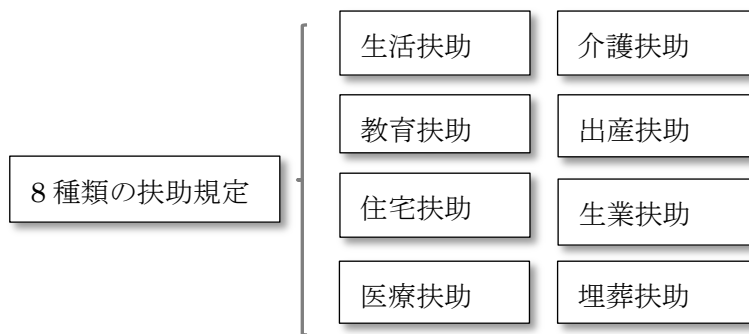
運営の原則

申請保護の原則・・・・・・・・要保護者、その扶養義務者又はその他に同居の親族が申請して保護の開始とする

基準及び程度の原則・・・・・・・・厚労省大臣の定める基準で測定した要保護者の需要に基づく

必要即応の原則・・・・・・・・要保護者の年齢や性別、健康状態など、個人や世帯の実際の必要の相違を考慮して有効かつ適切に行う。

世帯単位の原則・・・・・・・・世帯を単位としてその要否・程度を定める



恤救規則について

- ・ 1874 年設立（大正時代）
- ・ 原則は**人民相互の情誼**（じょうぎ） つまり親族など相互の助け合いが原則
- ・ 対象者は労働能力がなく、稼ごもできずしかも極貧で親族の者からなんら援助も得られないもの



対象者から外れるものに限り地方官の決済により国費で救済する

救護法（1929 年成立）

- ・ 日本における**初めての公的救済法**
- ・ 高齢者のみを対象とするのではない一般救護法
- ・ 対象者として、労働不能者及び 13 歳未満の児童とともに **65 歳以上の老衰で貧困により生活できないもの**と規定

救護法及び新旧生活保護法の比較

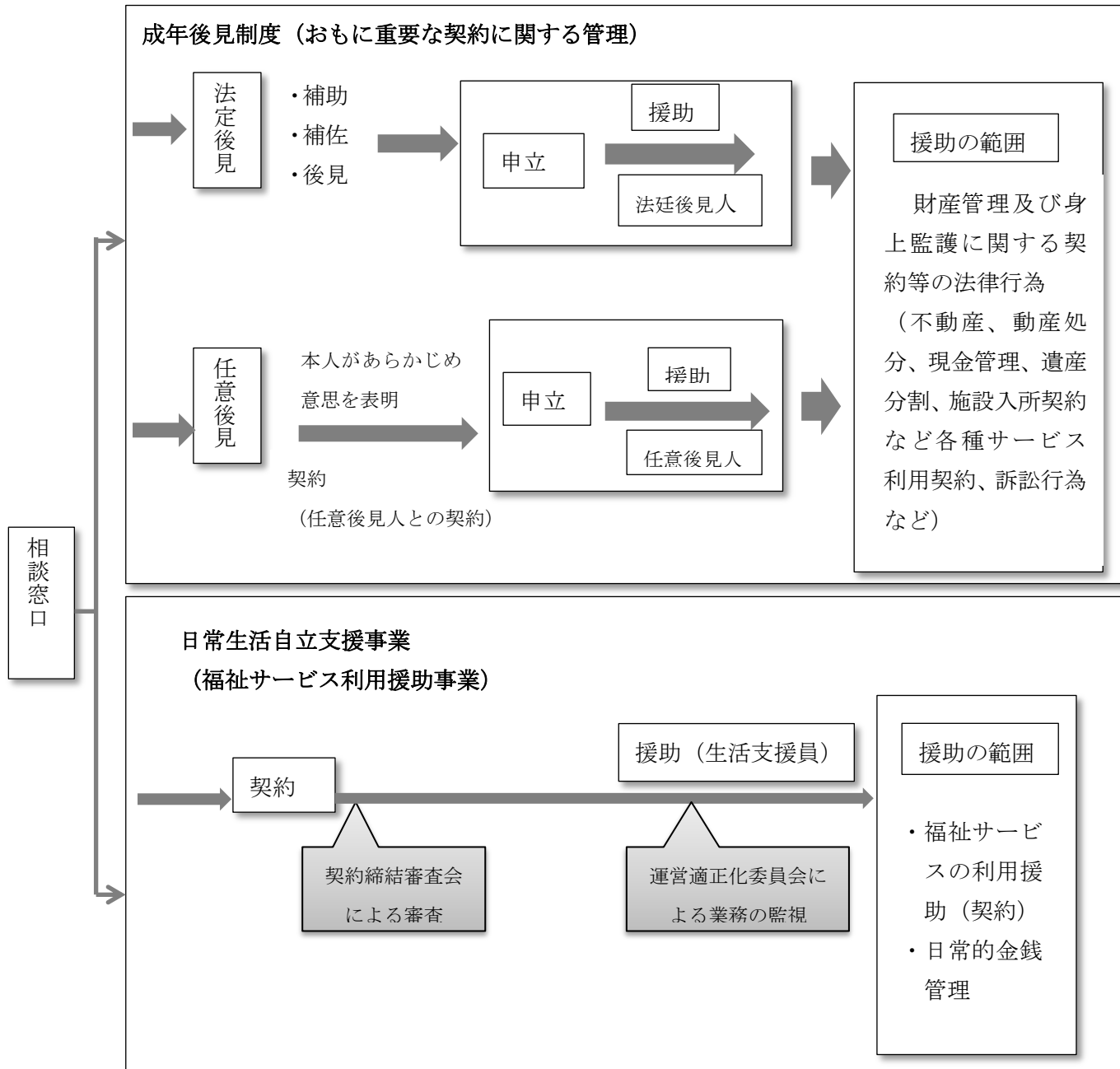
	救護法	旧生活保護法	新生活保護法
目的		生活の保護を有する状態にある者の生活を、国が差別的または優先的な取り扱いをすることなく、平等に保護して社会福祉を増進する	国が生活に困窮するすべての国民に対しその困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その 最低限度の生活 を保障するとともに、その自立を助長する
制定	1929 年	1946 年	1950 年
保護 非該当	14~64 歳で、妊産婦でない者 障害、疾病のない者	能力があるにもかかわらず勤労の意思のない者及び勤労を怠るもの、生計の維持に努めない者、素行不良な者	
扶養 義務者	被扶養義務者が扶養をなしうる者には救護しない	扶養義務者が扶養をなしうる者には保護を行わない	民法に定める扶養義務者の扶養は保護に優先して行われる
保護の 種類	- 生活扶助 - 医療扶助 - 助産 - 埋葬費	- 生活補助 - 医療扶助 - 助産扶助 - 生業扶助 - 葬祭扶助 の 4 つ	- 生活扶助 - 教育扶助 - 住宅扶助 - 医療扶助 - 出産扶助 - 生業扶助 - 葬祭扶助 - 介護扶助 の 8 つ
不服申 し立て			審査請求、再審査請求の後、訴訟を提訴できる

保護非該当の規定がなくなった
(新生活保護法)

新生活保護法で不服申して立ての規定が定め
られたことが大きな相違点

②利用者保護制度の概要

判断能力が低下した高齢者や障害者の福祉サービスの利用については、権利擁護しくみが整えられている。判断能力が低下したに認知症や障害者に代わって契約、金銭管理などを行う制度として成年後見人制度と福祉サービス利用援助事業がある。

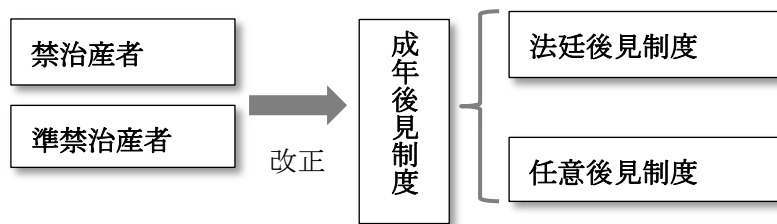


制度	成年後見制度	福祉サービス利用援助事業
運営	国	都道府県社会福祉協議会
援助範囲	不動産、遺産分割など重要な契約	日常の利用契約など (通帳管理、日常的金銭管理など)

I.成年後見制度について

認知症や知的障害者、精神障害者など判断能力が不十分なものを法律的に養護する制度である。

もともと、禁治産、準禁治産として民法に定められていたが、戸籍に記載され、個人情報をおびやかす恐れがあったため、今回の介護保険法改正に合わせて成立した。



法廷後見人制度の類型

(1) 後見

後見とは本人が一人で生活できないなど、**判断能力が全くないもの**が対象になる。

家庭裁判所より後見開始の審判がなされると、成年後見人が付され、本人がなした行為は**日常生活にかかわるものを除き、すべて取り消すことができる。**

また成年後見人は本人に代わって財産を管理し、契約を行う権利がある。

(2) 保佐

保佐とは**本人の判断能力が失われてはいないものの、特に不十分なものが対象**になる。

日常の買い物はできても一定の重要な取引行為（金銭管理、不動産売買、自宅の改修など）は一人でできないという段階の者である。

保佐人の同意を得ないでなした行為は後から取り消すことができる。

また家庭裁判所の審判により、特定の行為に対して保佐人に代理権を与えることができる。

(3) 補助

補助とは**通常の生活はできるけども、本人の判断能力が不十分なものが対象**になる。

補助開始の審判により、本人を援助する保佐人が選任され、同意見や代理権の範囲を定める申し立てをする。

補助の場合、事柄に応じて個別に決定されるが、**すべて本人の同意が必要**となる。



任意後見制度は本人が契約の締結に必要な**判断能力を有している間に**、精神上的の障害により判断能力が十分な状態になった場合、後見をする者（任意後見人）を**自ら事前に契約によりあらかじめ決めておく制度**である

補助・補佐・後見の3種類概要

		補助	保佐	後見人
要件	《対象者》 《判断能力》	精神上の障害（認知症・知的障害・精神障害など）により便宜する能力が不十分なもの	精神上の障害により遂行する能力が著しく不十分な者	精神上の障害により遂行する能力を欠く状況になるもの
開始の手続	申立権者	本人、配偶者、4親等以内の親族、検察官など 任意後見人受任者、任意後見人、任意後見監督人（市町村長）		
	本人の同意	必要	不要	不要
機関の名称	本人	被補助人	被保佐人	成年被後見人
	保護者	補助人	保佐人	成年後見人
	監督人	補助監督人	保佐監督人	成年後見監督人
同意権・取消権	付与の対象	家庭裁判所が定める「特定の法律行為」	同左	日常生活における行為以外の行為
	取消権者	本人・補助人	本人・補佐人	本人・成年後見人
代理権	付与の手続	家庭裁判所が定める「特定の法律行為」	同左	財産に関するすべての法律行為
	付与の手続	本人の同意必要	本人の同意必要	本人の同意不要
	本人の同意	必要	必要	不要

13

Ⅱ.日常生活自立支援事業

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が十分でない者が地域において自立した生活を送れるように、福祉サービスの利用や金銭管理に関する援助を行うことにより、在宅生活を支援する事業

(1) 実施体制

各都道府県・指定都市社会福祉協議会が実施主体

事業の一部を市町村社会福祉協議会に委託できるとされている

(2) 事業の対象者

- 判断能力が不十分なために、日常生活を営むのに必要なサービスを利用するための理解、判断、意思表示を適切に行うのが困難である者
- 日常生活自立支援事業の利用契約を締結する能力がある者

(3) 援助の内容

● 福祉サービスの利用援助

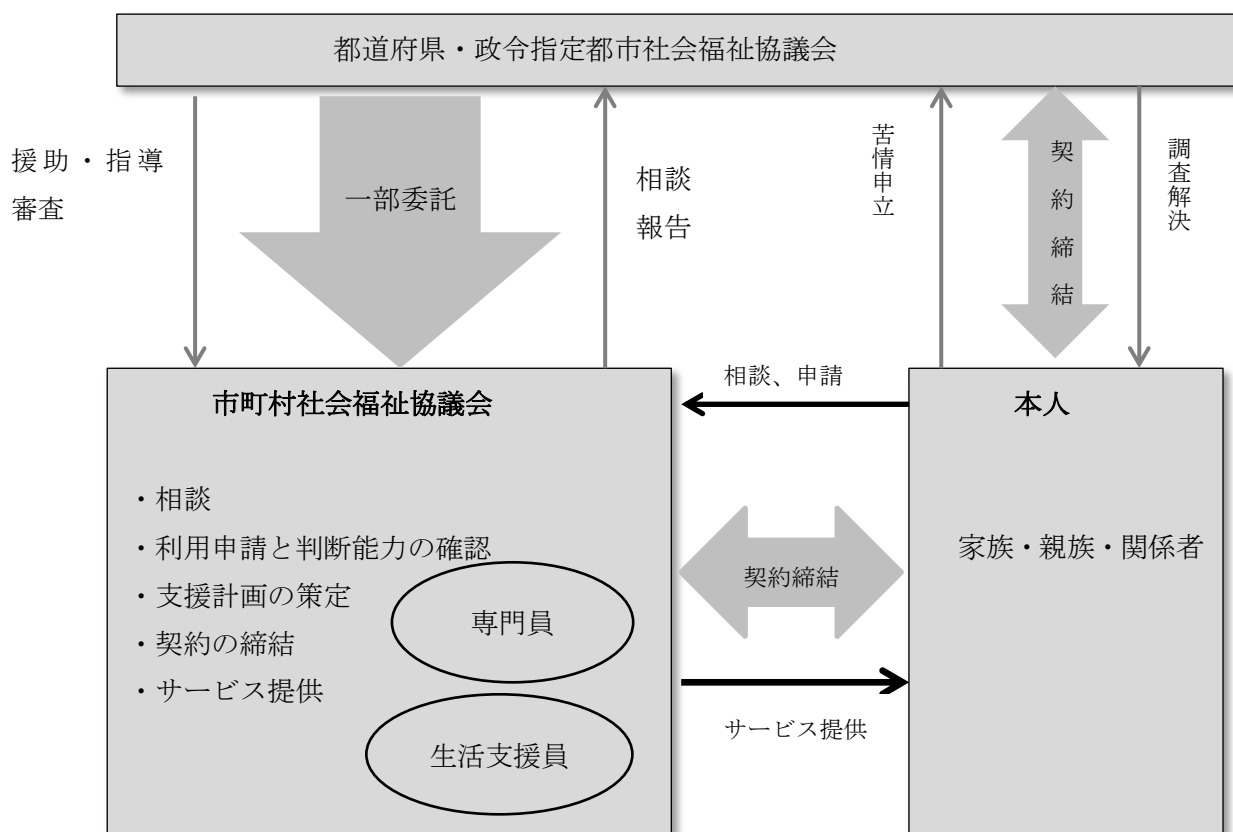
福祉サービスを利用するとき、または利用をやめるとき所定の手続、苦情解決制度を利用する手続き、福祉サービスを利用に関する情報の提供・相談など

● 日常金銭管理サービス

年金・福祉手当などの手続、病院への医療費支払いの手続き、社会保険料や電気、ガス、水道など公共料金の支払い手続き、預金の払い戻し、預入・解約手続き、日用品・食費。家賃などの支払い手続きなど

● 書類などの預かりサービス

年金証書、預金通帳、保険証書、銀行印などの預かり



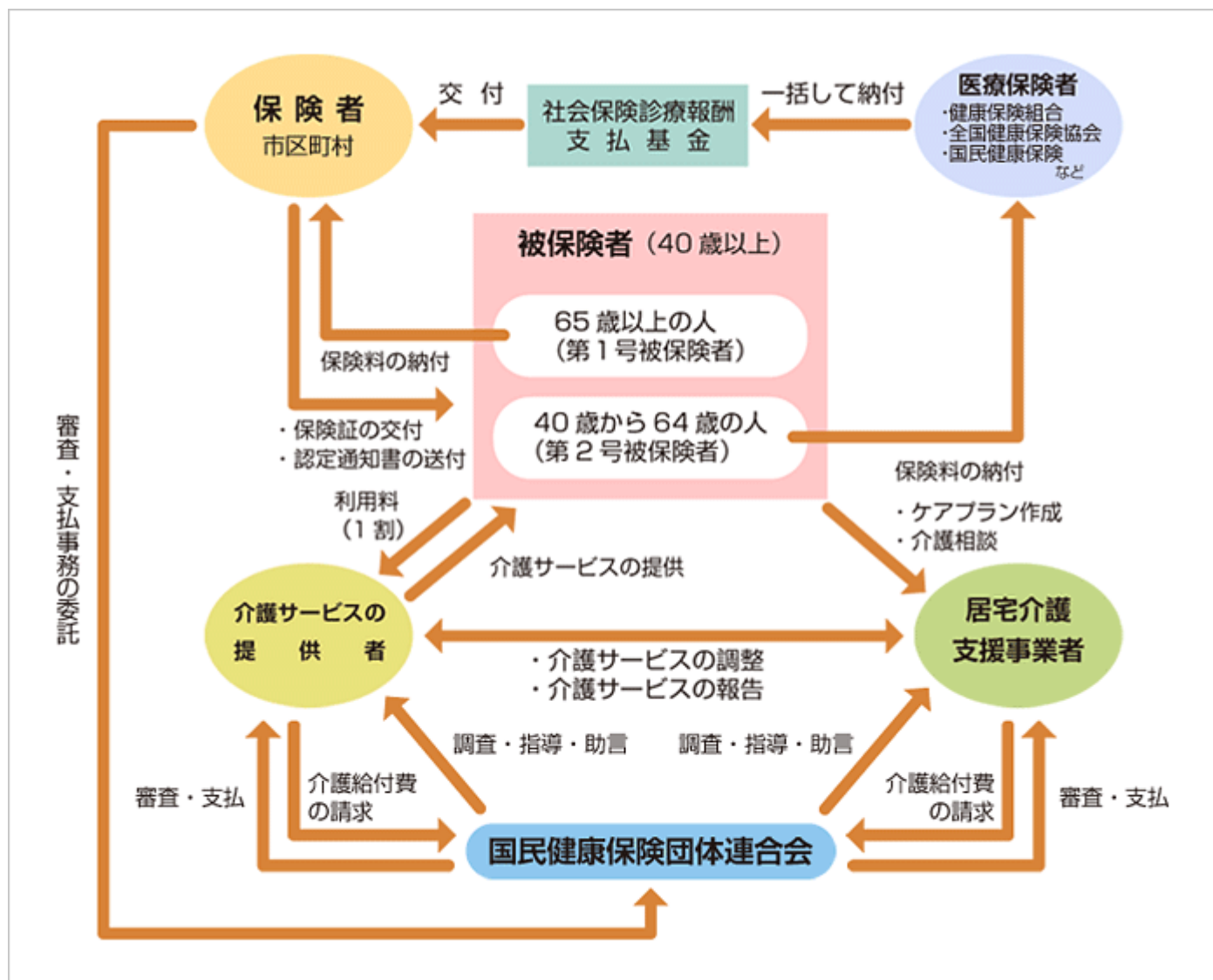
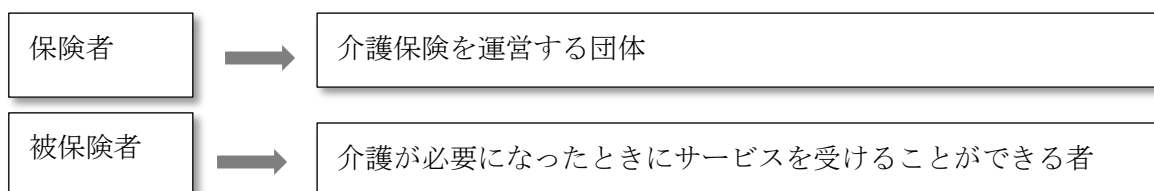
介護保険制度について

介護保険制度とは

- ・ 介護が必要になった高齢者やそのご家族を社会全体で支えていく仕組み
- ・ 「介護が必要になる」のは限られた者だけでなく、リスクを多くの人で負担しあい、万が一介護が必要になったときに、サービスを受けられるようにする制度

運営について

- ・ 40 歳以上の者が支払う「保険料」と「税金」とで運営されている。
- ・ 運営は市区町村と特別区（以下、市区町村）が行い、これを都道府県と国がサポートする仕組み。



WAMNET より引用

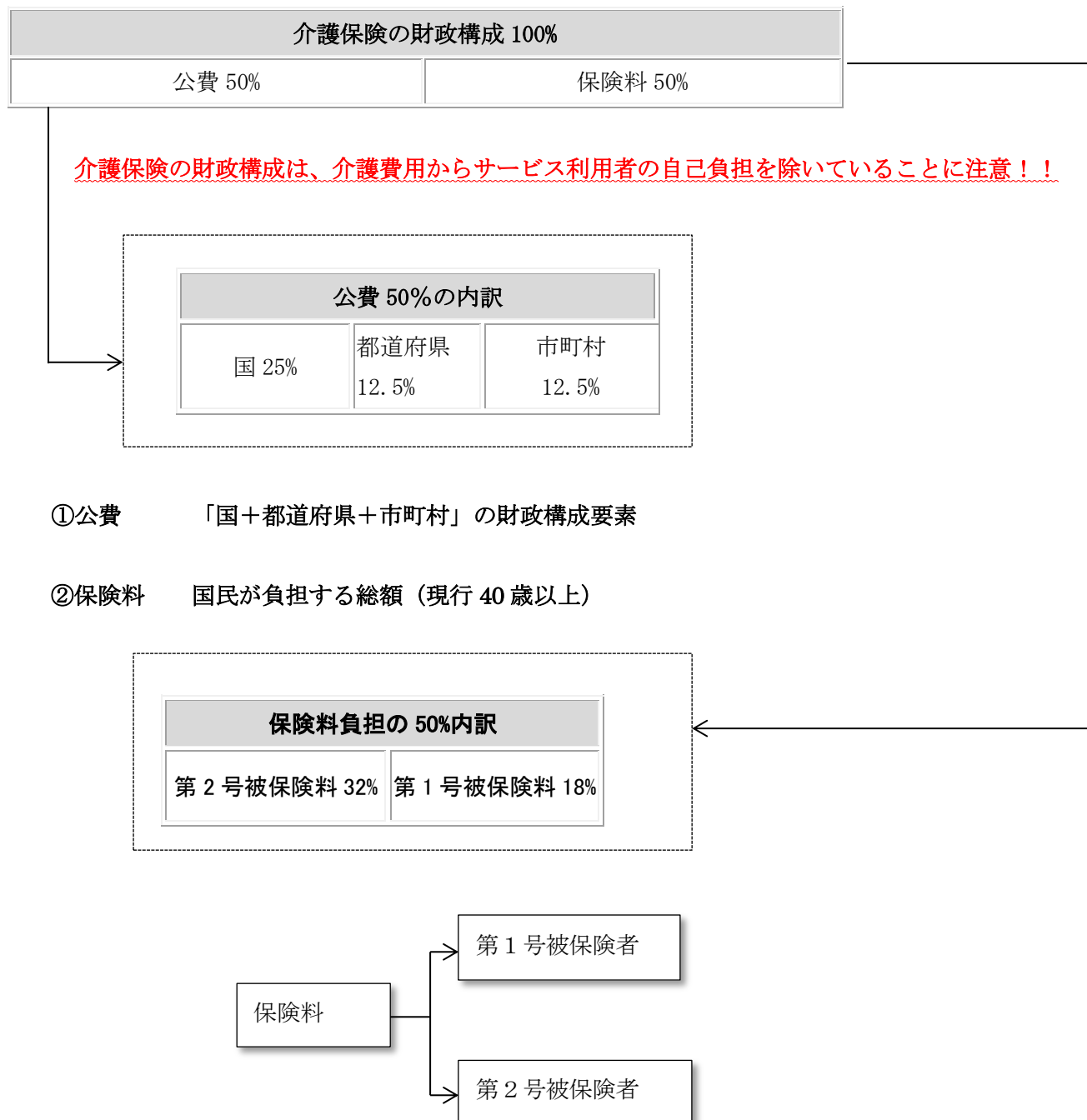
I 介護保険費用総額

介護費用総額＝公費＋保険料＋利用者負担

保険料 介護保険のサービスを利用しなくても支払う義務がある。(現行 40 歳以上)

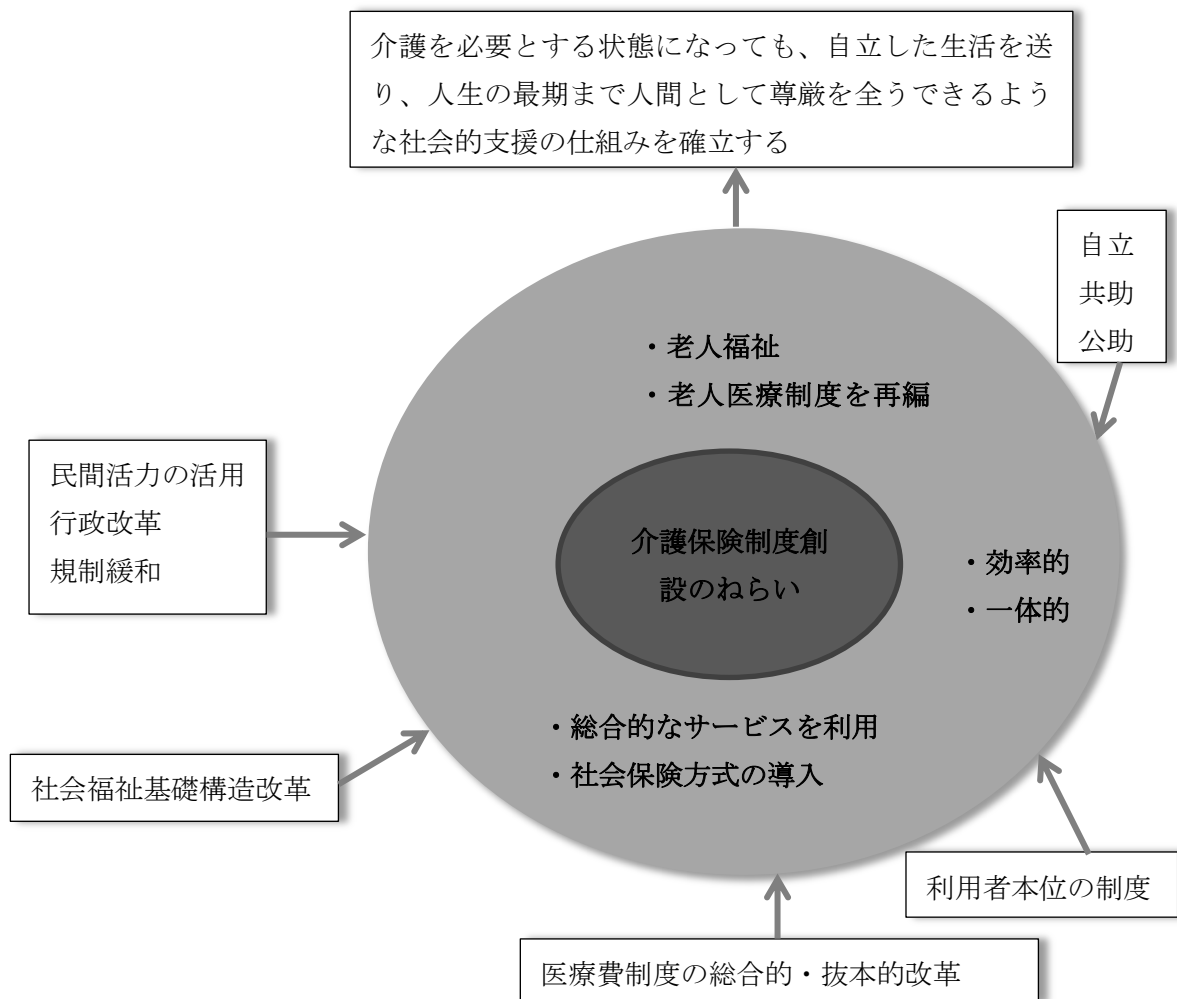
利用者負担 通常福祉サービスを利用するのに利用者本人 1 割を負担する。

II 介護保険の財政構成



介護保険制度の目的

介護保険制度創設のねらい



介護保険法第1条では介護保険制度の目的を示している。

第1条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護並びに療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、必要な保健医療サービス並びに福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、以て国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

つまりこの制度の目的は

国民みんなで高齢者を支えていこう、日常生活を営むことができるようにする

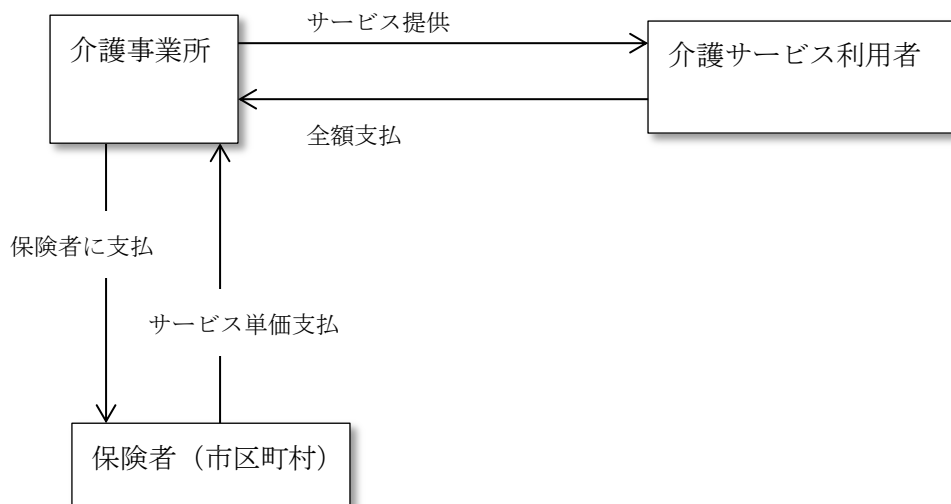
基本理念

- 要介護者の身の周りの世話だけにとどまらず、自立を支援する。
- 利用者自身によってサービスを選択でき、その種類や事業者も選択できる。
- 医療と福祉を別々に申し込むのではなく、ケアプランを作成し、総合的に利用できる。
- サービス提供にかかる利用額を 1 割負担とし、残りの 9 割は国が負担する

法定代理受領とは

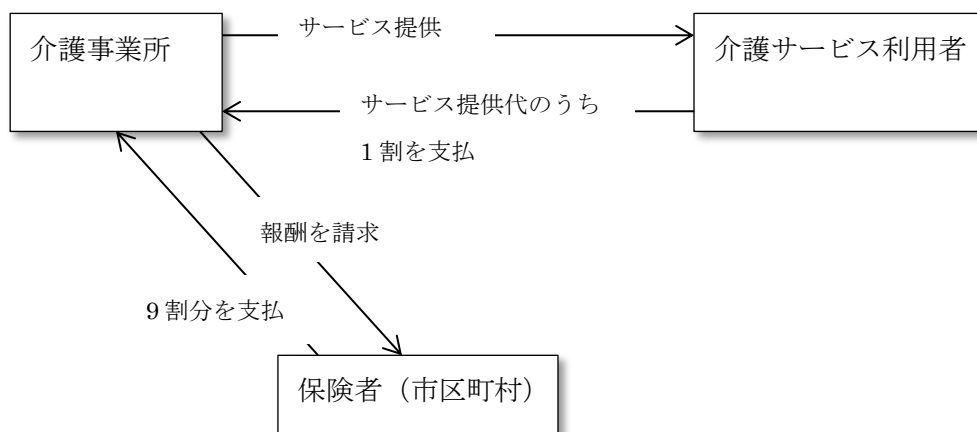
介護サービス提供分の 1 割を直接介護サービス事業所に支払ってもらい残りの 9 割を保険者から受け取ること

介護保険サービスは、介護保険事業者に介護報酬という形で費用が支払われ、利用者にはサービスそのものが現物給付される。



しかしこのままでは、サービス利用者がいったん費用全額を事業者に支払い、その領収書を添えて市町村に請求して支払を受けることとなり（償還払い）、事務手続き的にも費用負担面でもサービス利用者にとって非常に煩雑になる。

そこで、在宅の要介護（支援）者にはあらかじめ居宅サービス計画（ケアプラン）を提出してもらい、この計画に沿ったサービス提供の費用については、利用者は定められている 1 割の利用者負担金を事業者に支払うだけで済み、残りの 9 割は市町村が事業者に対して直接支払う仕組みをとっている。



介護保険制度内容

保険者の役割と事務

1 国

介護保険に関連する法律を制定し、市町村の指揮命令系統の機能を果たしている。

①	基本方針の提示	介護保険サービスの提供体制の確保、市町村・都道府県が策定する介護保険事業計画の基本方針の策定
②	全国基準の決定	・ 要介護認定等に係る審査、判定の基準 ・ サービス支援事業所等の人員設備運営に関する基準 ・ サービスに要する費用の額の算定に関する基準 などを省令、告示で定める
③	財政負担	市町村の介護給付等について国が公費によって負担

2 都道府県(政令指定都市を含む)

市町村の事業を支援し、広域的な調整やサービスの提供の体制を整備

①	介護保険審査会の設置	
②	指定介護サービス事業者の指定	地域密着サービスを除く在宅、施設サービス事業者の指定
③	ケアマネージャーの登録・養成	ケアマネージャー試験の実施、登録、更新研修の実施
④	都道府県介護保険事象支援計画の策定	3年を1期とする計画の策定
⑤	財政負担	財政安定化基金の設置

3 市町村の役割と事務

1) 役割

①	介護保険特別会計の設置	介護保険に関する収支をほかの会計と区分して管理
②	被保険者の資格管理と第1号保険料の徴収	
③	介護認定審査会の設置	
④	保険給付	
⑤	地域密着型サービス事業者等の指定	
⑥	地域支援事業の実施と地域包括支援センターの設置	
⑦	市町村介護保険事業計画の策定	3年を1期として計画を策定する。各年度におけるサービスの種類ごとの見込み量の策定

2) 事務

- ① 被保険者の把握、確認、管理
- ② 被保険者台帳の作成
- ③ 被保険者証を発行し必要があれば更新する
- ④ 要介護・要支援を申請した被保険者への訪問調査
- ⑤ 介護認定審査会の設置、被保険者の申請を受け介護が必要かどうかの判定を行い、認定結果を通知する
- ⑥ 介護給付を要介護・要支援者に行う
- ⑦ 条例で定めた市町村特別給付（市町村独自の保険給付）を行う
- ⑧ 第1号被保険者の保険料を条例で決定し徴収
- ⑨ 保険料を滞納する被保険者への督促や処分
- ⑩ 地域支援事業（介護予防事業、包括支援事業その他）
- ⑪ 地域密着型サービス、介護予防マネジメントなどに対する指定・指導を行う

被保険者

	第1号被保険者	第2号被保険者
被保険者	65歳以上の者	40歳以上 65歳未満の医療保険加入者 * 40歳以上 65歳未満の生活保護による医療扶助受給者は医療保険に加入していないため、介護保険の被保険者にならない
受給権者 介護保険サービスの給付を受けることができるのは要支援者と要介護者	要介護・要支援の認定を受けたもの (原因を問わない)	要介護・要支援の状態であってその原因が 特定疾患 であるものと認定されたもの
保険料	特別徴収・・・年額18万以上の年金受給者 普通徴収・・・それ以外の者	介護保険料+医療保険料を一緒に徴収

①第1号被保険者⇒市町村の区域内に住所を有する65歳以降のものであること

②第2号被保険者⇒市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満のもので医療保険加入者であること

介護保険制度で適用される特定疾患（16種）

介護保険法では、特定疾患とは

『心身の病的加齢現象との医学的関係があることが考えられる者であって次のいずれかの要件を満たすものについて総合的に勘定し、加齢に伴って生じる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせるものであるものと認められる疾病である』

と規定されている

①	ガン末期	⑨	脊柱管狭窄症
②	関節リュウマチ	⑩	早老症
③	筋萎縮性側索硬化症	⑪	糖尿病性障害（神経障害・陣症・網膜症）
④	後靱帯骨化症	⑫	脳血管疾患
⑤	骨折を伴う骨粗しょう症	⑬	進行性核上性まひ大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
⑥	多系統委縮症	⑭	閉塞性動脈硬化症
⑦	初老期における認知症（若年性認知症）	⑮	慢性閉塞性肺疾患
⑧	骨髄小脳変性症	⑯	両股の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変性性関節症

適用除外

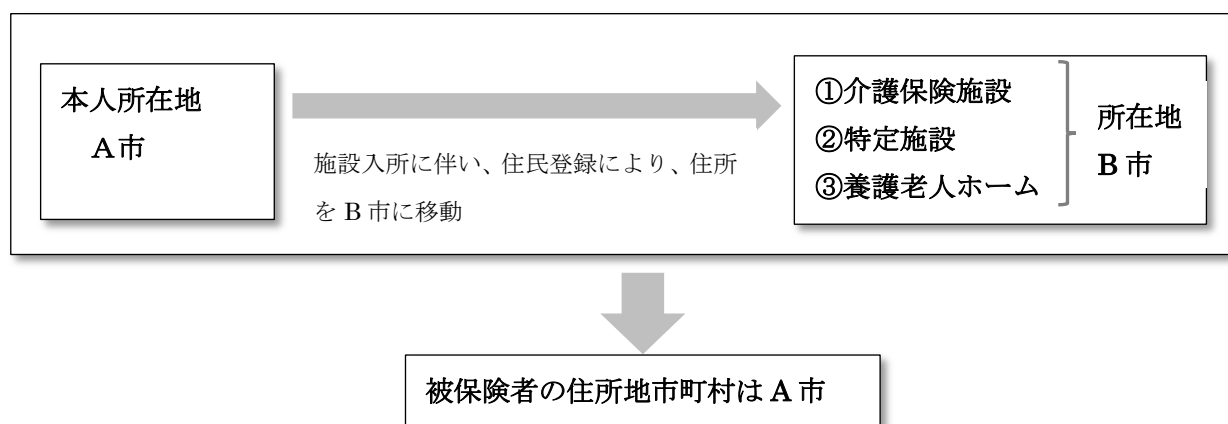
次の者は介護保険の適用を受けることはできない。

それぞれの介護サービスが提供されており、その重複を避けるため

障害者総合支援法上の生活介護及び施設入所を受けている指定障害者支援施設
身体障害福祉法及び知的障害者福祉法に基づく処置による障害者支援施設（生活介護を行うものに限る）
指定障害サービス事業者による医療機関
児童福祉法上の重症心身障害施設
児童福祉法上の肢体不自由児施設支援を行う医療機関
国立重度知的障害者総合施設のぞみ園
ハンセン病療養所
生活保護上の救護施設
労働者災害補償保険法上の被災労働者の援護施設

住所地特例

他の市町村に存在する施設（介護保険施設、特定施設、養護老人ホーム）に入所して、住所をその施設の所在地に変更しても元の所在地市町村の被保険者となる



介護保険制度の変貌

改正は 5 年ごとの介護保険事業計画をもとに 3 年ごとに改定される。また介護報酬改定についても同様

改定の傾向

- ・ 介護保険サービスを国から市町村へ移譲
- ・ 高齢者が住み慣れた地域で暮らせる「地域包括支援システム」構築、強化
- ・ 介護と医療の連携を強化
- ・ 認知症ケアの重視
- ・ 労働法規遵守の強化
- ・ 介護の質向上の強化、(介護福祉士、ケアマネのカリキュラムの見直し)

2006 年改定

- ・ 「要支援」「要介護 1」を「要支援 1」「要支援 2」へ編成
- ・ 軽度者の状態像を踏まえた、現行の予防給付の対象者、サービス内容、ケアマネジメントの見直し
- ・ 新予防給付の介護予防ケアマネジメントは「包括地域支援センター」へ
- ・ 介護予防事業（要介護、要支援の区分に該当しない者）を介護保険制度に位置づける
- ・ 介護保険サービスに「地域密着サービス」の創設
- ・ ケアマネの資格更新制の導入

2009 年改定

- ・ 介護職員処遇改善交付金の創設（20012 年 3 月までの時限交付金）
- ・ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加
- ・ 地域区分の見直し
- ・ 介護人材の確保とサービスの質の向上
 - Ⅰ.介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする
 - Ⅱ.介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成 24 年 4 月実施予定）を 3 年間延期
 - Ⅲ.公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直し

ケアプラン：特定事業者との結びつきを排除

- ・ 質の確保：ケアマネ一人あたりの件数の適正化
- ・ モニタリングの実施、サービス担当者会議の出席への義務⇒実施していない場合減算処置

サービスの質向上

- ・ サービス提供責任者 2 級ヘルパーの減算処置
- ・ 政策目標：介護保険事業所のサービスの質向上,そのための人材の質向上

独居世帯や老々世帯を支える新サービスを創設

- ・ 24 時間対応「定期巡回・臨時対応型訪問介護看護」サービスの創設
- ・ 高齢者が住みなれた地域で安心して暮らせるようにする「地域包括ケアシステム」の充実
- ・ 地域区分見直し
- ・ 人的連携の向上重視(地域包括システムの強化)

医療との連携：医師の関与拡大

- ・ 福祉サービスにおける医療機関関与拡大
- ・ 医療の受け皿・・・定期巡回型訪問介護看護

医療と介護の連携を強化～地域包括ケアの推進～

介護職員改善処遇加算の導入（平成 27 年 3 月までの経過措置）

地域包括支援センターについて

- ・ 2006 年の介護保険改正で設置
- ・ 市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3 職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。（介護保険法第 115 条の 46 第 1 項）

①介護予防ケアマネジメント業務
②総合相談支援業務
③権利擁護業務
④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

社会福祉士

主任ケアマネジャー

保険師



3 つの業種が
中心となり
総合的に支援

主な業務・・・介護予防支援及び包括的支援事業

ケアマネジメントの支援

- ・「地域ケア会議」等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援
- ・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言

介護予防ケアマネジメント業務

ケアマネ事業所への委託が可能。二次予防事業対象者（旧特定高齢者）に対する介護予防プランの作成など

介護予防支援

要支援者に対するケアプラン作成 ※ケアマネ事業所への委託が可能



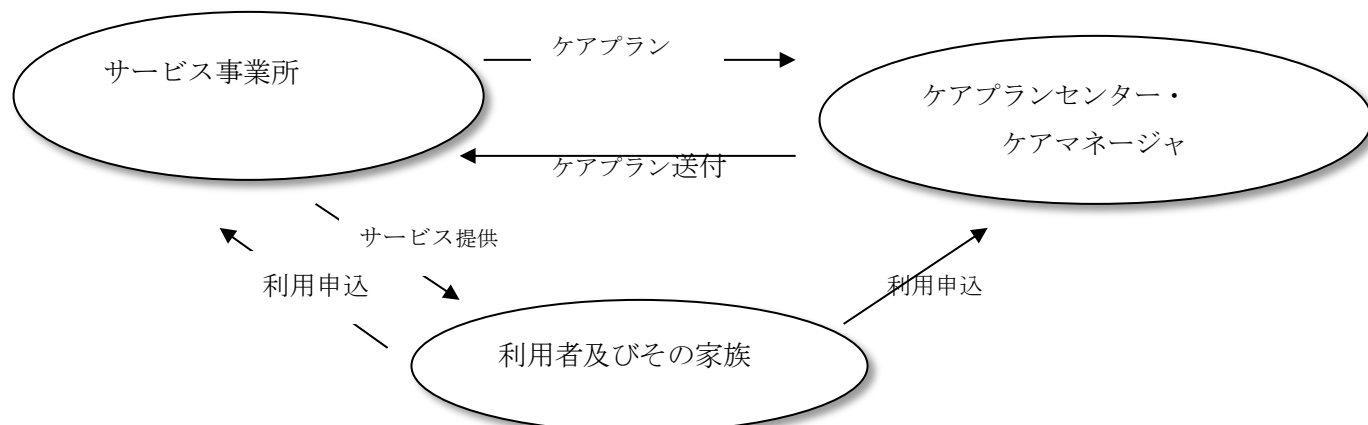
総合相談支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を実施

権利擁護業務

成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応など

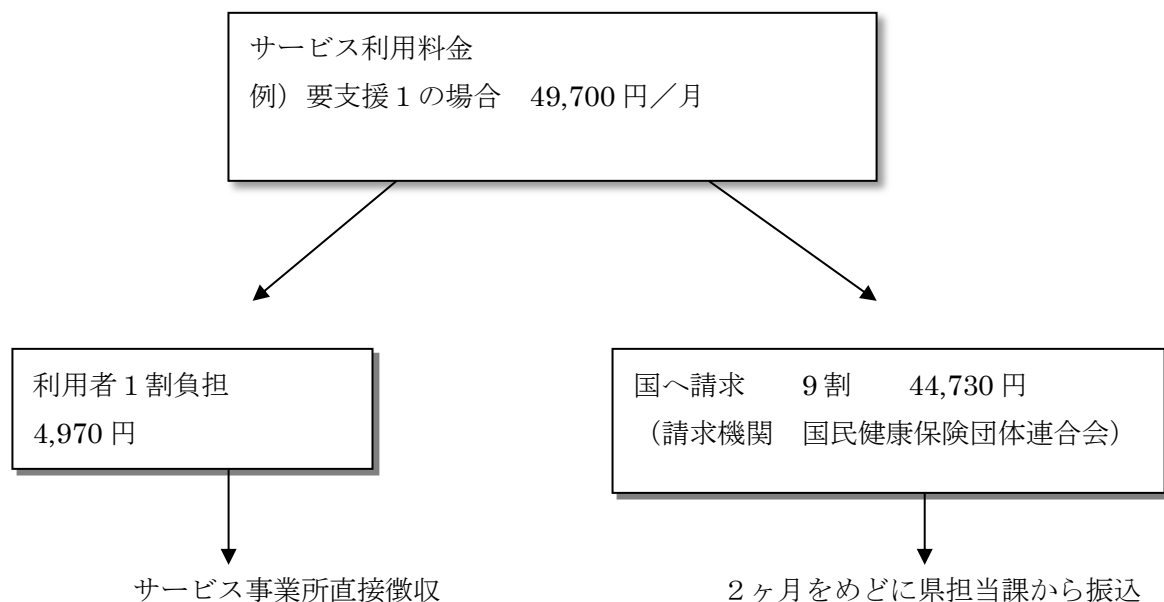
介護保険制度を用いたサービス利用の流れ



- ① 利用者本人、家族による施設利用申し込み【サービス事業所】
- ② ケアマネージャ紹介、またはケアマネージャ連絡【サービス事業所】
- ③ サービス事業所との契約
- ④ 担当ケアマネージャからケアプラン送付【ケアプランセンター】
- ⑤ 送付されたケアプランを元に計画書作成【サービス事業所】
- ⑥ 介護計画書を利用者及びその家族・ケアマネージャに承諾してもらう。
- ⑦ サービス提供【サービス事業所】

サービス提供にはケアプランを元に介護計画書を作成し、利用者及びその家族・ケアマネージャに承諾を得ないと介護報酬は発生しない。

◆介護報酬（事業収入）について



介護保険における給付の考え方

サービスの目的 「本人ができることはできるだけ本人が行う」

1.介護保険法第2条第4項・・・在宅介護の重視

「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない」

2.介護保険法第2条第3項・・・自己決定、利用者本位

「保険給付は、被保険者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、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又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない」

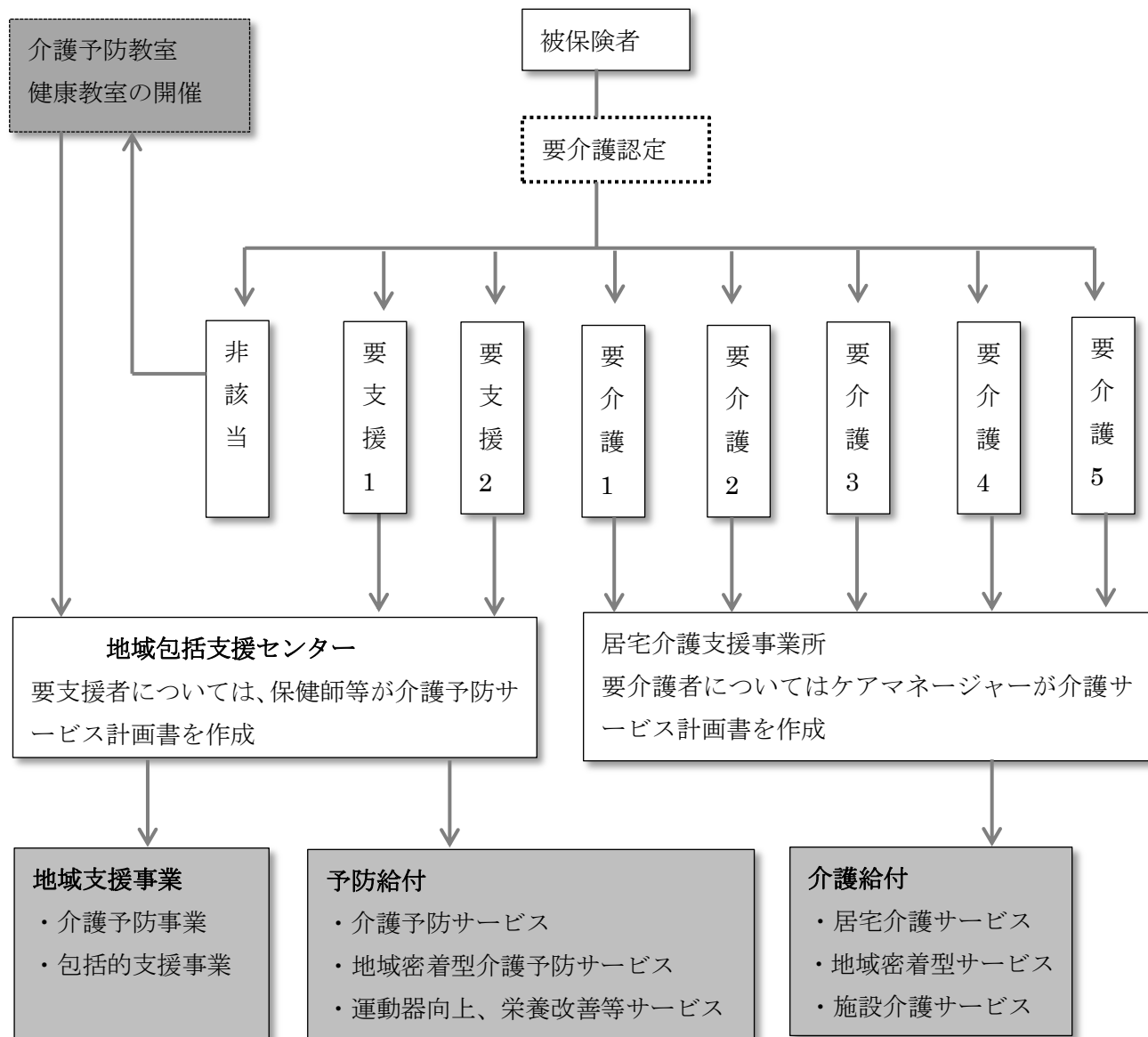
要支援・要介護の違いについて

要支援・・・・・・介護は必要ないものの、日常生活に不便をきたしている人が分類される
原則として食事や排泄など日常生活のケアは自分で出来ることが条件
施設サービスを受けることはできない

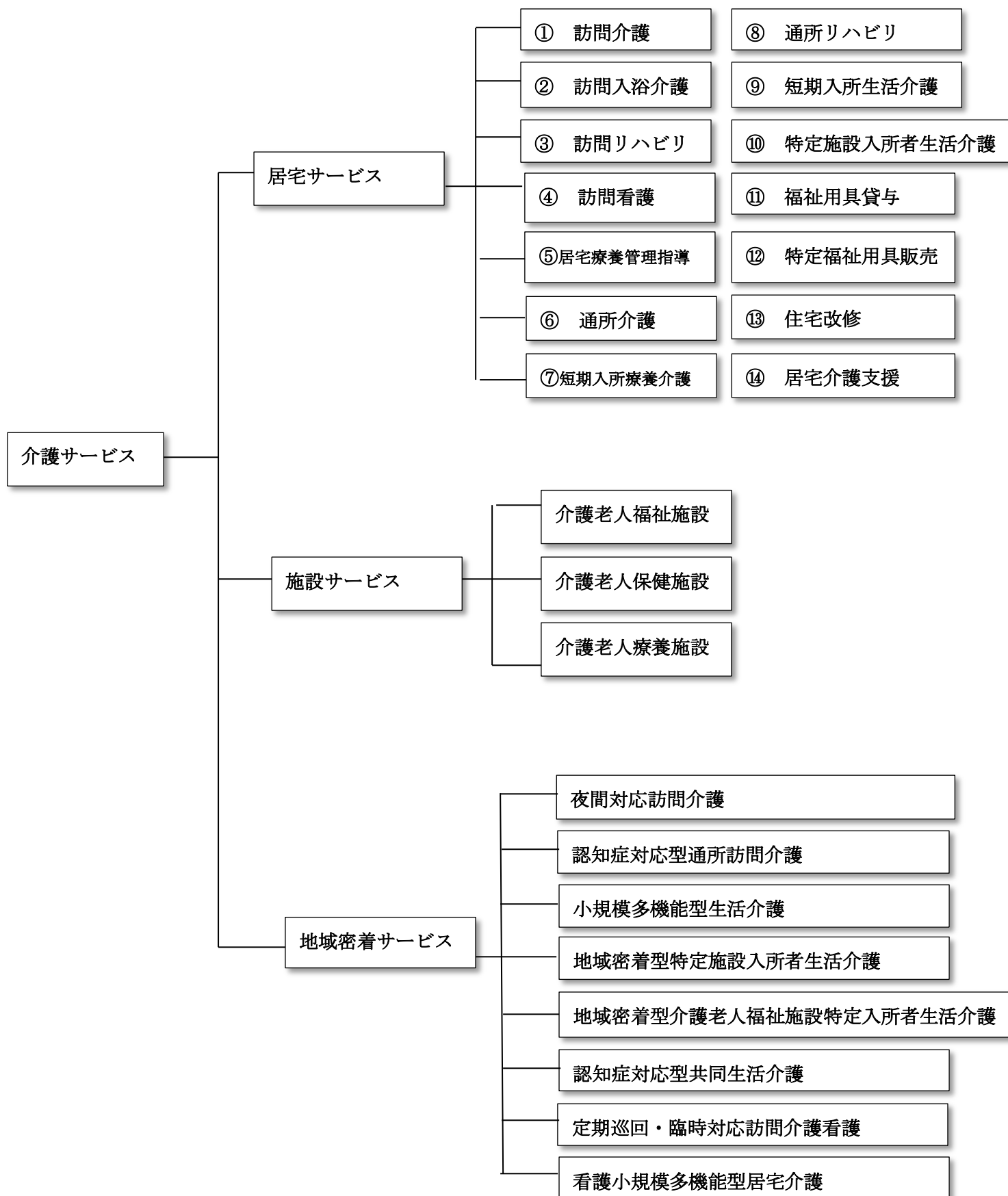
{ 要支援1・・・・身の回りの世話に手助けが必要な人。立ち上がる際などに誰かの手助けが必要な人
要支援2・・・・要支援1の条件に加え病気や怪我などの影響で心身が不安定であることなどにより日常生活に不便をきたすことが多い人

要介護・・・・・・介護が必要な人をその状況に合わせて5段階に分類したもの
施設サービスを受けられる

総合的な給付体系



介護給付の種類 (1)



(1) 居宅サービス・・・14 種類

① 訪問介護	利用者宅を訪問し、介護福祉士等政令で定める者により入浴・排泄・食事など日常生活の世話をする事
② 訪問入浴介護	利用者宅にて浴槽を提供し入浴の介護を行う事
③ 訪問リハビリ	理学療法士・作業療法士等が利用者宅を訪問し主治医の指示に基づき日常生活の自立を助けるために行われるリハビリの事
④ 訪問看護	居宅の訪問により主治医の指示に基づき看護師その他厚労省の定める者により療養上の世話または診療の補助を行う
⑤ 居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師などが自宅に訪問し行われる療養上の管理及び指導のこと（治療、投薬、診察）
⑥ 通所介護	デイサービスセンターなどの事業所に利用者を通わせ入浴・食事の提供・日常生活の世話・機能訓練を行う事。家族の介護負担を軽減することも目的としている
⑦ 短期入所療養介護	短期間の入所中、医療や機能訓練を受けるサービス
⑧ 通所リハビリ	老健などに通わせ主治医の指示に基づき心身の機能回復を図り日常生活の自立の為に行われるリハビリを行う
⑨ 短期入所生活介護	いわゆるショートステイのこと 老健などの施設に短期間入所させ医学的管理のもとにおける介護・機能訓練等日常生活上の世話を行う
⑩ 特定施設入所者生活介護	有料老人ホームが一般的 地域密着型施設でない施設に入居している要介護者について食事・排泄など日常生活の世話を行う
⑪ 福祉用具貸与	厚労省で定められた事業所にて福祉用具の貸与（貸出）を行う
⑫ 特定福祉用具販売	福祉用具のうちレンタルになじまないものの販売する。主に入浴、排せつに係る福祉用具の販売をする
⑬ 住宅改修	高齢者が住みやすいように住宅を改修する
⑭ 居宅介護	介護サービスを利用する為、ケアマネがケアプランをたててサービスの提供調整・コーディネーターを行う。

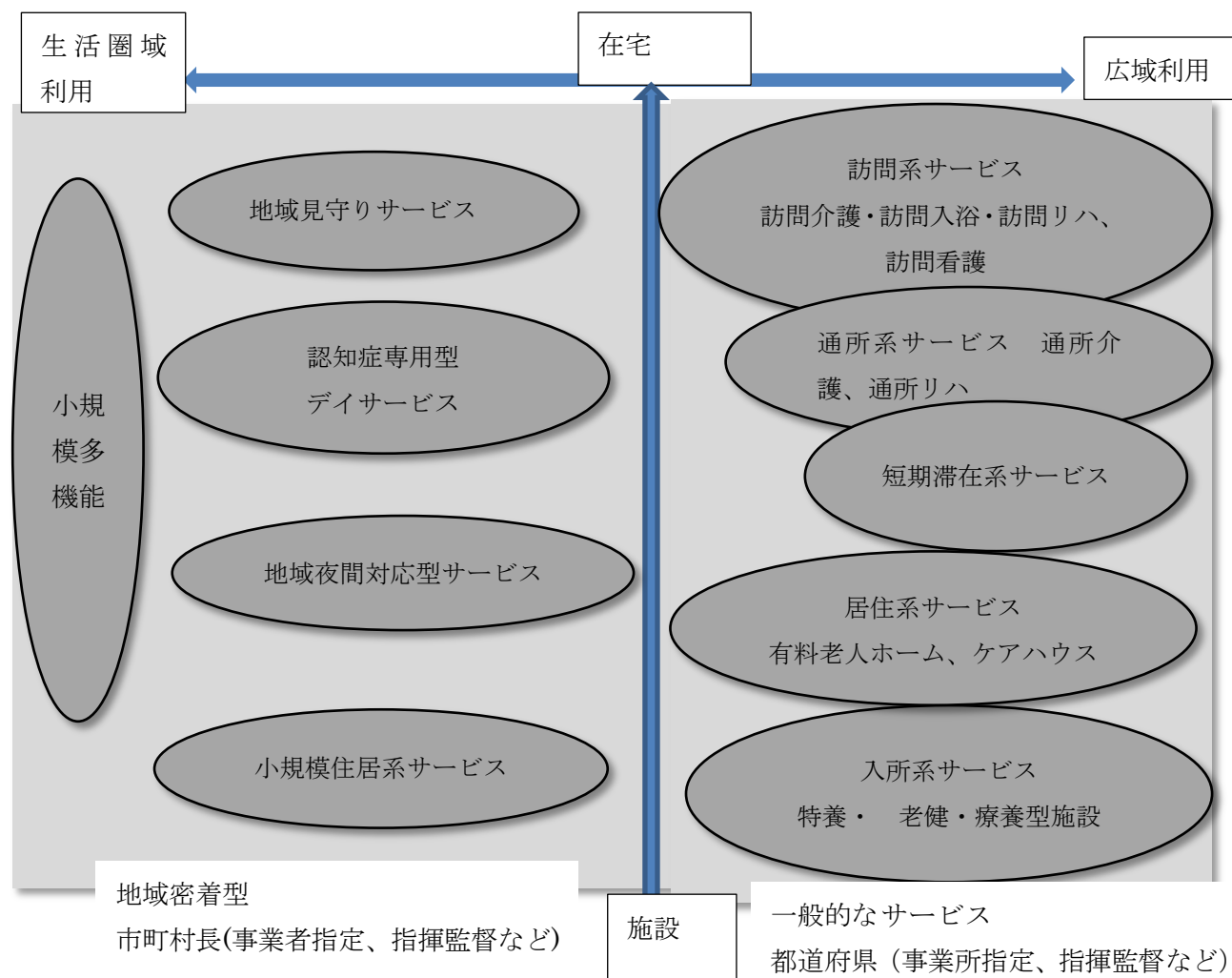
(2) 施設サービス・・・・介護保険給付の介護施設は 3 種類に分けられている。

居宅サービス、地域密着サービスのケアプランはケアプランセンターのケアマネが作成するのに対し、施設サービスのケアプランは各施設に属しているケアマネが行う。また施設での食事、居住費には保険が適用されず全額自己負担となる

介護老人福祉施設	特別養護老人ホームのこと。要介護者を入所させ排泄・入浴など日常生活の世話を行う。主に寝たきりや認知症など身体上や精神上に著しい障害があるため常に介護が必要となる
介護老人保健施設	在宅復帰を目標としている。ADL の維持、回復を図る。要介護者に対し看護・医学的管理における介護機能訓練などを行い日常生活の世話を行う
介護老人療養施設	主に長期療養を必要とする患者のための一群の病床とした医療機関で、病院・診療所併設の医療施設。医学的な管理のもと介護や日常生活上の世話・機能訓練を行う。

(3) 地域密着サービス・・・・・・・・・2006年に新設されたサービス

身近な地域のサービスを強化しようとするもの、規模が小さいので利用者のニーズにきめ細かくこたえることができる。サービスは8種類



夜間対応訪問介護	夜間に限り、定期的に訪問巡回を受け、または通報を受けて介護を行うこと
認知症対応型通所訪問介護	いわゆるデイサービス、しかし利用対象者が認知症の者
小規模多機能型生活介護	いわゆるお泊りデイ、ショートステイ、訪問介護の機能を併せ持った施設。施設に通わせること、または短期間の宿泊させ、入浴・排せつなど日常生活の世話および機能訓練を行う
地域密着型特定施設入所者生活介護	介護専用型有料老人ホームのこと 入所定員は 29 名以下 身体介護、生活介護、機能訓練を行う。
地域密着型介護老人福祉施設特定入所者生活介護	入所定員 29 名以下の介護老人福祉施設の要介護者に対し、排泄、食維持などの介護その他の日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う
認知症対応型共同生活介護	要介護者であって認知症である者がその共同生活を営む住居にて入浴・排せつ・食事などの介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行う。
定期巡回・臨時対応型訪問介護看護	日中や夜間を通じて、定期的に家庭を巡回したり、連絡のあった家庭を訪問したりして、介護や身のまわりの世話を行うとともに、看護師などが家庭を訪問して療養上の世話や診療の補助などを行う
看護小規模多機能型居宅介護	通所を中心に訪問介護や泊まりのサービスを組み合わせて、食事や入浴、機能訓練などの複数のサービスを受けることができるほか、看護師などが家庭を訪問して行う

介護保険給付の種類（２）

①介護給付・・・要介護 1～5 が対象

②予防給付・・・要支援 1,2 が対象（要介護状態になる恐れがあり日常生活上で支援が必要とされるもの）

③市町村特別サービス

- 横出しサービス：介護保険には含まれていない市町村独自のサービス
（配食サービス 移送サービス 布団乾燥サービスなど）
- 上乗せサービス：介護給付費限度額を超えた部分のサービス

上乗せ （支給限度額を引き上げる）	
介護保険上既定の給付	横出し （介護保険法規定以外の内容を給付）

補足給付について

補足給付とは・・・H17 年の介護保険改正により、それまで介護保険から出されていた施設の滞在費、食費などが利用者負担とされた。それを世帯の年収に応じ 3 段階に分け、国から利用者負担分の一部を支給するもの（負担軽減対策）

	自己負担
滞在費、食費	補足給付 （国から支給）

3 段階の所得に応じ支給

対象者

	対象（市区町村が世帯で非課税）
第 1 段階	老年基礎年金受給者、生活保護受給者
第 2 段階	世帯合計所得金額+課税年金収入=80 万円以下
第 3 段階	世帯合計所得金額+課税年金収入=80 万円以上

補足給付対象サービス

居宅サービス	短期入所者生活介護（生活）	施設サービス	老健ホーム
	短期入所者療養介護（療養）		特養ホーム
			療養型医療施設

介護保険報酬の考え方

サービス提供にかかった金額のうち 9 割は国保連に請求し、残りを利用者が負担または公費から支給される。

← 介護サービス費 →

90%	国保連に請求	10%	自己負担 または公費より支給
-----	--------	-----	-------------------

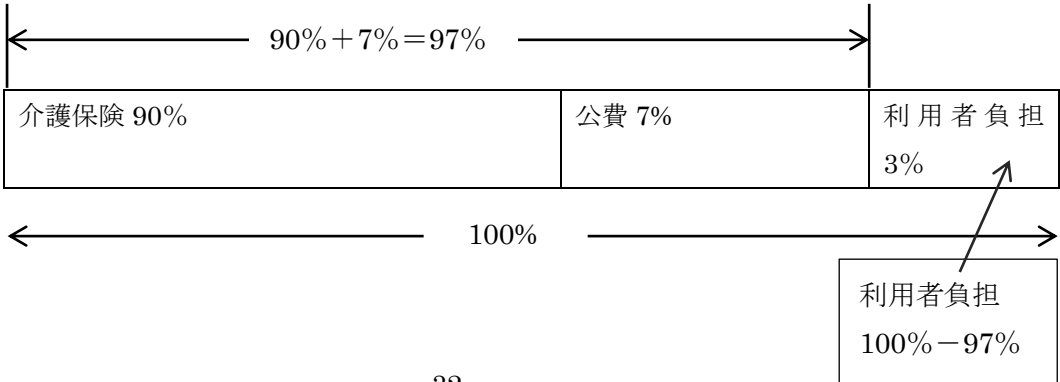
公費について

公費と優先順位

優先 順位	制度	公費給 付率 (%)	サービス種類
1	結核(一般)	95	医療系
2	精神保健 (通院)	100	医療系
3	更生医療	100	医療系
4	原爆(一般)	100	医療系
5	原爆 (被爆体験者)	100	医療系
6	特定疾患治療研究	100	医療系
7	血液凝固	100	医療系
8	水俣病・メチル水銀	100	医療系
9	メチル水銀の健康被害に係る調査研究	100	医療系
10	有機ヒ素・緊急措置	100	医療系
11	石綿・救急措置	100	医療系
12	特別対策(全額免除)	100	福祉系
13	原爆被害者の訪問介護利用負担に対する助成	100	福祉系
14	原爆被害者の介護保険等利用負担に対する助成	100	福祉系
15	中国残留邦人等の永住帰国の自立支援	100	医療系・福祉系
16	生活保護	100	医療系・福祉系

公費給付率・・・介護保険と公費の給付率を足した値

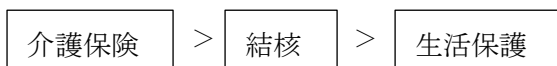
事例) 給付率 97%の場合



本人が介護保険、校正医療、生活保護 3 種の制度を併用して介護保険サービスを利用している場合

介護保険制度は公費に優先して使われる。 公費一覧から 2 番目に校正医療、三番目に生活保護の優先順位となる

優先順位



①介護保険 90%	②結核	③生活保護
-----------	-----	-------

明細書情報において公費の請求を行うケース

優先順位 公費負担医療 > 生活保護

① 介護保険＋生活保護

介護給付明細書
介護保険＋生活保護

② 生活保護の単独請求

介護給付明細書
生活保護

③ 保険＋公費負担医療＋生活保護

介護給付明細書①
介護保険＋公費負担医療

＋

介護給付明細書②
生活保護

④ 保険＋公費負担医療

介護給付明細書
介護保険＋公費負担医療

⑤ 生活保護＋公費負担医療

介護給付明細書①
公費負担医療

＋

介護給付明細書②
生活保護

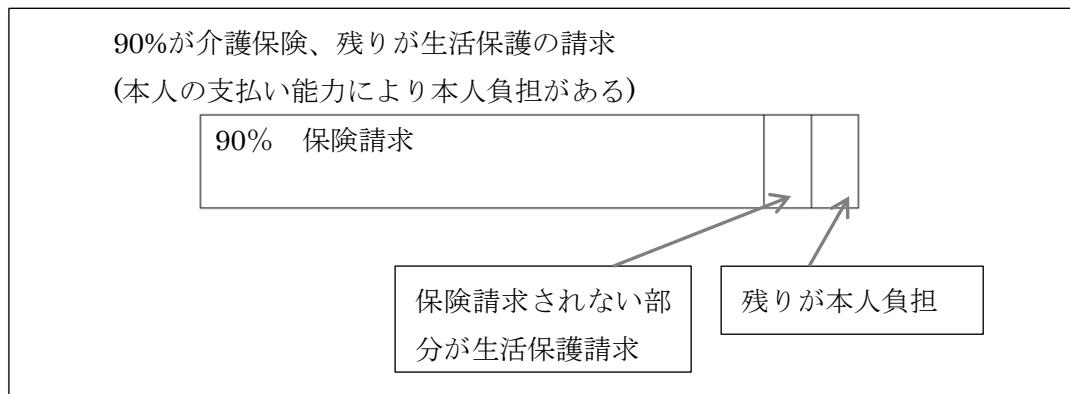
(I)生活保護法

介護保険サービスにあたる部分は介護扶助という部分で賄う。

生活保護法には支払い能力に応じて本人負担が課せられる場合がある（介護券に記載）

1) 医療保険に加入している第 1 号被保険者および第 2 被保険者

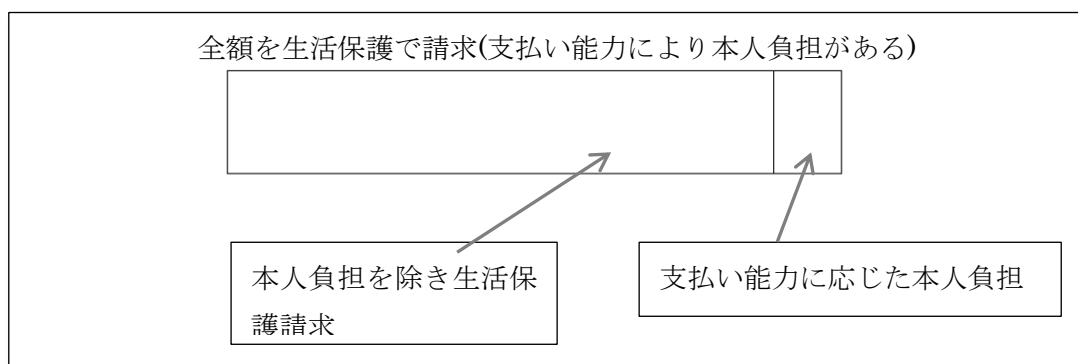
介護報酬については介護保険で 9 割が給付され、残り 1 割（本人負担分）について生活保護の介護扶助から支給される。



2) 医療保険に加入していない 40 歳以上 65 歳未満の者

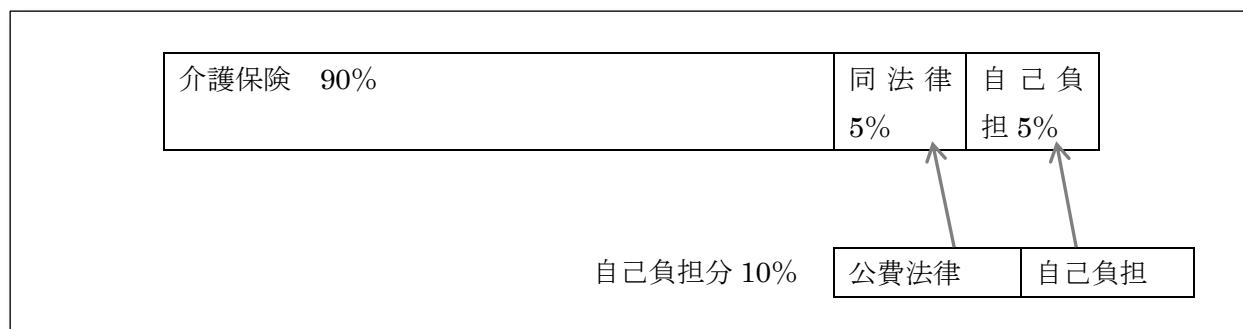
第 2 号被保険者の資格要件として、医療保険に加入しているものという条件があるので医療保険に加入していない場合介護保険の被保険者にはならない。

しかし、介護が必要な条件になれば生活保護の介護扶助が 10 割給付される。



(2) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

給付率 95%のうち 90%までを介護保険で、5%を同法律により給付する。残りの 5%は自己負担



利用限度額について

区分支給限度基準額と種類支給限度基準額について

区分支給限度基準額 厚生労働大臣が要介護度に応じた標準的なサービス利用の状況や介護報酬などを勘案して、それぞれの区分ごとに給付の上限を決めることになっている

種類支給限度基準額 市町村は厚生労働大臣が定める区分支給限度基準額の範囲内で、個々のサービスの種類について給付上限を定めることができる。

要介護区分		身体の状態（目安）	利用限度額 （月額）
要支援	要支援 1	日常生活の能力は基本的にあるが、要介護状態とならないように一部支援が必要。	50,030 円
	要支援 2	立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴などで一部介助が必要であるが、身体の状態の維持または改善の可能性がある。	104,730 円
要介護	要介護 1	立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴などで一部介助が必要。	166,920 円
	要介護 2	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介助が必要。	196,160 円
	要介護 3	起き上がり、寝返りが自力ではできない。排泄、入浴、衣服の着脱などで全介助が必要。	269,310 円
	要介護 4	日常生活能力の低下がみられ、排泄、入浴、衣服の着脱など多くの行為で全介助が必要。	308,060 円
	要介護 5	介護なしには日常生活を営むことがほぼ不可能な状態。意思伝達も困難。	360,650 円

介護サービスを利用するにあたって要介護度区分ごとに限度額が決まっている。

この限度額を超えてサービスを受ける場合、介護保険で定められた金額を超えた分については、全額自己負担となる。

支給限度額が定められている対象サービス

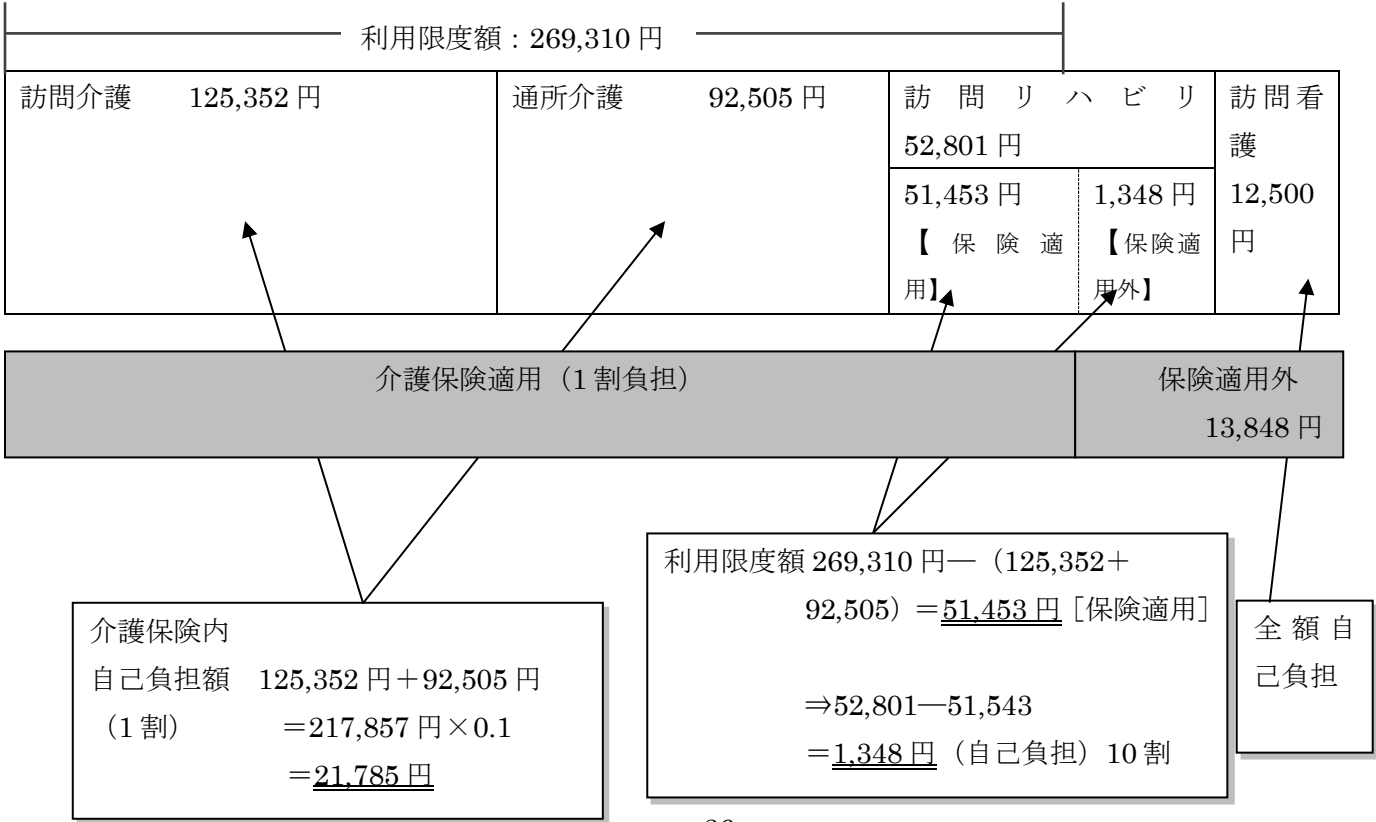
	サービスの種類	サービス内容
介護給付	居宅サービス	訪問介護、訪問入浴介護、訪問介護、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、
	地域密着サービス	夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護
予防給付 地域密着サービス給付	居宅サービス	介護予防と同じ予防給付
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護

例) 要介護 3 の場合

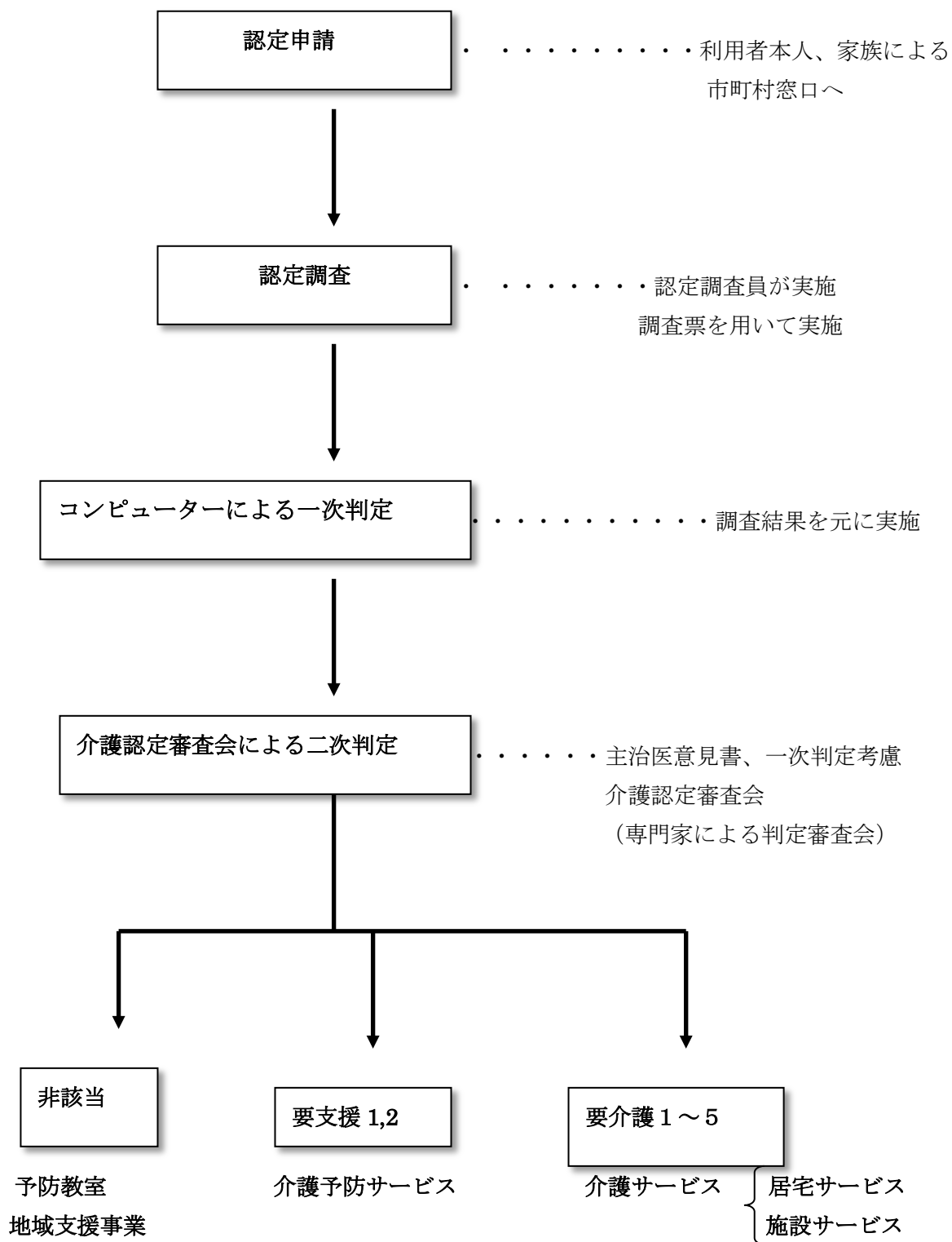
利用限度額 269,310 円

ス 利 内 訳 サ ー ビ 	訪問介護 (週 2 回)	125,352 円
	通所介護 (週 2 回)	92,505 円
	訪問リハビリ (週 1 回)	52,801 円
	訪問看護 (週 1 回)	12,500 円

◆介護保険制度を用いたサービス利用の流れ



要介護認定の流れ



認定調査と一次判定

認定調査は市町村職員が行うことが原則だが指定市町村事務受託法人に委託できる。

＊指定市町村事務委託法人・・・事業者の称号事務や各種の調査を行わせるために都道府県知事が指定する法人

◆介護度区分の判定基準・・・症状の大小ではなく介護する仕事量（入浴介助、排泄介助 etc・・・）により決まる。介護の手間を測る物差しを基準としている

認定調査の結果はコンピューターに入力され「要介護人定等基準時間」を基礎にした一次判定が行われる。

コンピューターによる一次判定と要介護認定等基準時間

区分	状態	要介護認定等基準時間
自立	非該当	25 分未満
要支援 1	社会的な支援を要する状態	25 分以上 32 分未満
要支援 2		32 分以上 50 分未満
要介護 1	部分的な介護を要する状態	
要介護 2	軽度な介護を要する状態	50 分以上 70 分未満
要介護 3	中程度の介護を要する状態	70 分以上 90 分未満
要介護 4	重度の介護を要する状態	90 分以上 110 分未満
要介護 5	最重度の介護を要する状態	110 分以上

＊要介護認定等基準時間

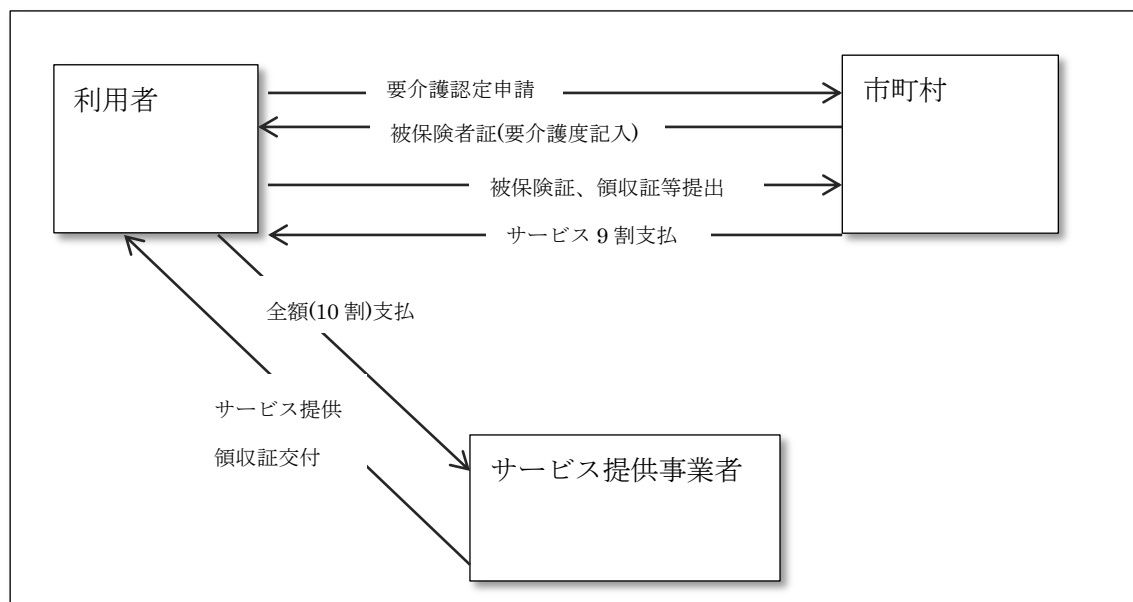
介護の手間を図る物差し。実際に必要とされる介護時間を示しているわけではない

償還払いの仕組みについて

償還払いとは 利用者がサービス提供にかかる費用の全額(10割)をサービス提供事業者に支払い、後から介護給付分(9割)を受け取る仕組み

利用者は市町村に被保険者証、領収書(サービス提供証明書)等を提出し、支払った10割分のうち9割分を保険給付として受け取る

事務手続き上、保険給付分(9割)の償還は、サービスを受けた月から2,3か月後となる



償還払いのケース	利用の仕方により償還払いとなるケース
(予防) 介護福祉用具購入費	(予防) 特例特定入所者介護サービス費
(予防) 介護住宅改修費	サービス計画作成による特例介護サービス費
高額介護サービス費	特例介護サービス費

(1) 住宅改修

- ・要介護度にかかわらず 20 万を上限に費用の支給が受けられる
- ・住宅改修は、該当費用が 20 万に達するまで何度も工事を行うことができる
- ・利用者の負担は 1 割負担

再度サービスを利用できる場合

要介護が 3 段階以上の変更
転居した場合

介護保険法の対象となる住宅改修	手すりの取り付け
	床段差の解消・・・スロープや踏み台の設置
	すべりの防止及び移動の円滑化などのための変更
	引き戸などのドアの取り換え
	洋式便座などへの便器の取り換え
	*ただし、洋式便座⇒洗浄機月洋式便器の交換は対象外

(2) 福祉用具貸与、販売（17 品目）

1) 販売項目・・・肌に直接触れる入浴、トイレ関連の福祉用具

①	腰掛便座
②	特殊尿器
③	入浴補助用具
④	簡易浴槽
⑤	移動用リフトの釣り具部分
⑥	水洗ポータブルトイレ（H27 改正により追加）

◆支給限度額

- ・要支援、要介護度に関係なく 10 万 自己負担は 1 割
- ・福祉用具購入支給基準額の適用期間は 1 年（4 月 1 日～翌年 3 月 31 日まで）とする
- ・同一種目の特定福祉用具は購入できない

再度購入できるケース (例外)	同一種目でも用途及び機能が異なる場合
	破損した場合
	要介護度が著しく高くなった場合

2) 貸与・・・販売項目以外の福祉用具

⑥	車椅子	⑭	歩行器
⑦	車いす付属品	⑮	歩行補助杖
⑧	特殊寝台	⑯	認知症老人徘徊感知機器
⑨	特殊寝台付属品	⑰	移動用リフト(釣り具の部分を除く)
⑩	床ずれ防止用具	⑱	自動排泄装置
⑪	体位変換器		
⑫	手すり		
⑬	スロープ		

H27 年度改正追加項目

介護予防福祉用具貸与について

⑥車椅子品目に介助用電動車椅子が追加

福祉用具の種目につき算定不可となるもの

要支援 1,2、要介護 1 のいわゆる軽度の被保険者

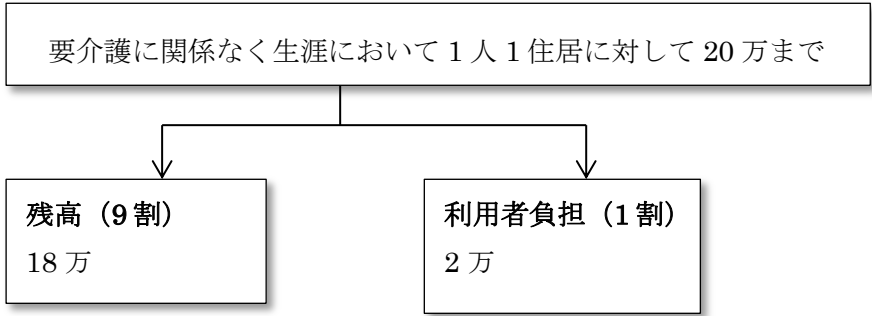


以下の福祉用具については原則的に給付の対象にはならない

車いす
車いす付属品
特殊寝台
特殊寝台付属品
褥瘡予防福祉用具
体位変換機
認知症老人徘徊感知機器
移動用リフト（釣り具部分は除く）

住宅改修費について

支給限度基準額



申請場所

市町村の介護保健課

申請人

被保険者本人か家族、あるいは代理人として改修事業者

その他

- ・転居すれば新しい住宅に対して、再び 20 万の支給が受けられる
- ・支給対象となる工事に併せて、支給対象外の工事が行われた場合は対象部分の抽出、折分により費用を算出する
- ・被保険者自ら住宅改修のための材料を購入し、本人または家族で改修が行われた場合は材料の購入料が支給対象になる
- ・1 つの住宅に複数の被保険者がいる場合、被保険者ごとに住宅改修の申請ができる
- ・この 20 万は、一度の工事で消費する必要はなく、ある年に 5 万、次の年に 8 万というように何回も使うことができる

1 年目	5 万使用	残り 15 万	住宅改修支給額 20 万
2 年目	8 万使用	残り 7 万	

3 段階リセットの例外

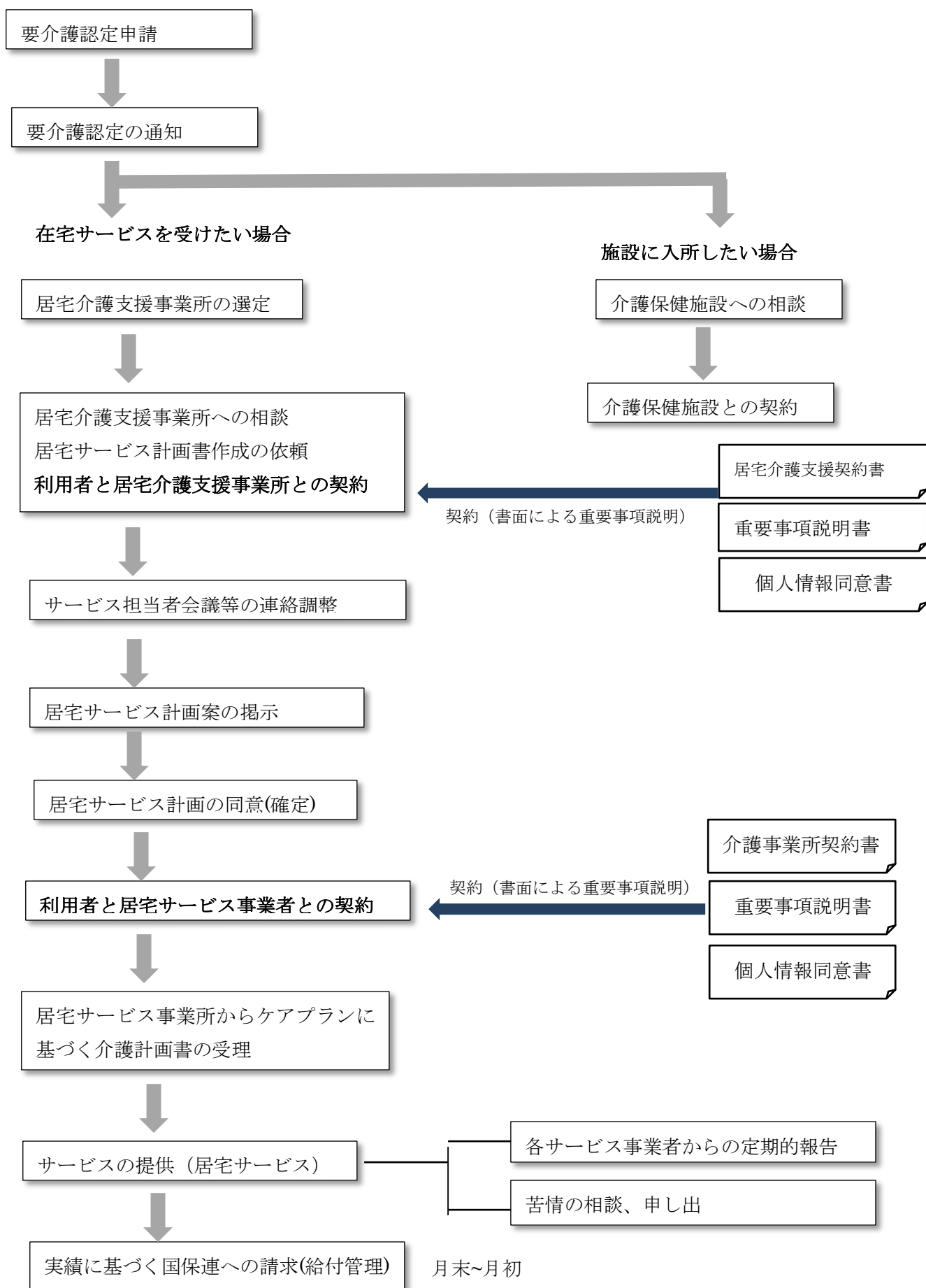
介護度が 3 以上上がった場合リセットされ、再び 20 万の支給枠が生じることになる。

- ・この例外が適用された場合は、以前の住宅改修で支給残額が残っていてもリセットされ支給限度額も 20 万となる
- ・この例外は 1 人の被保険者につき 1 回しか適用されない。但し、転居した場合は転居後の住宅改修に着目して 3 セット段階リセットの例外が適用される

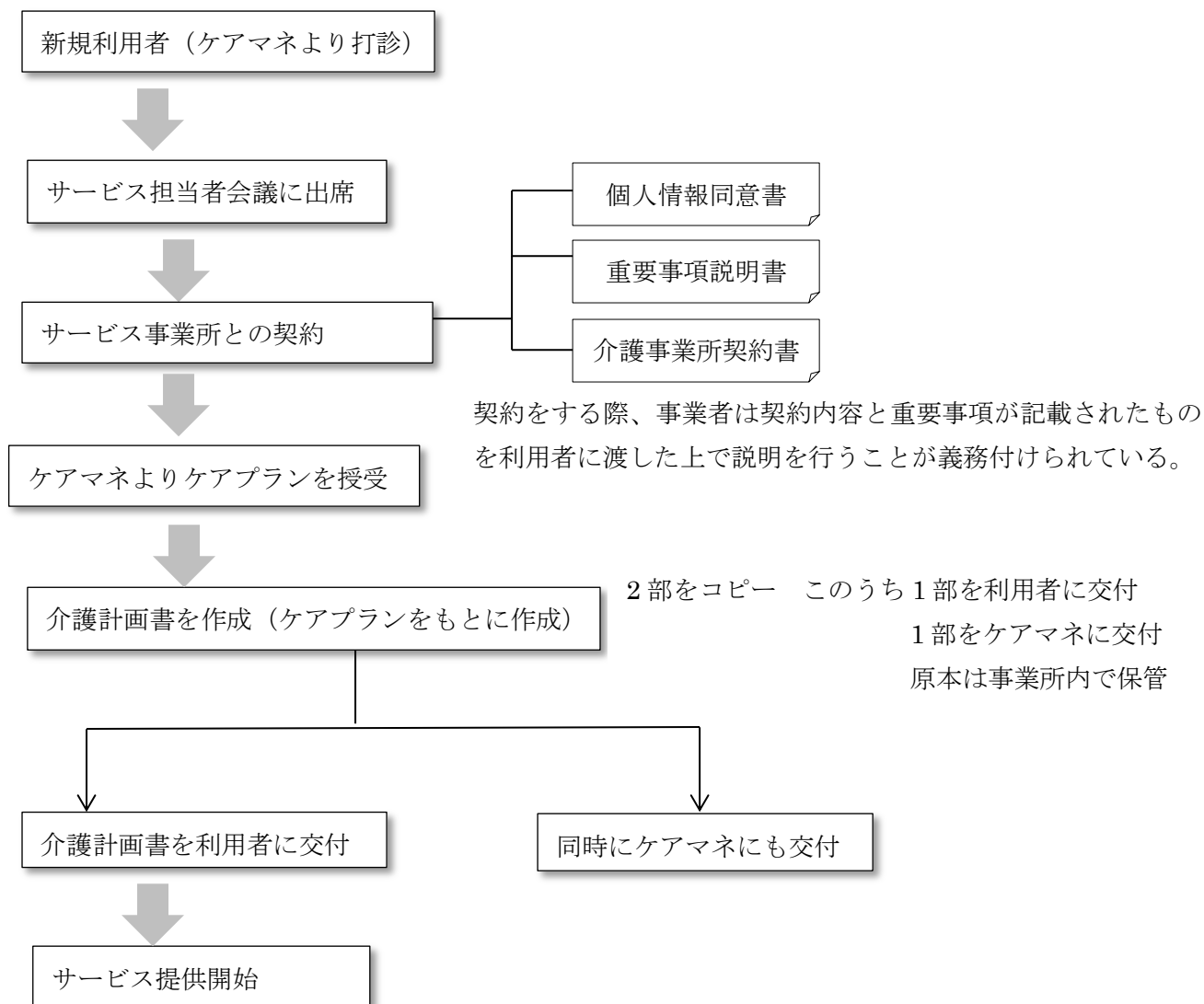
3 段階リセットの例外が適用されるケース

変更前要介護度	変更後の要介護度
要支援 1,2 ⇒	要介護 3
	要介護 4
	要介護 5
要介護 1 ⇒	要介護 4
	要介護 5
要介護 2 ⇒	要介護 5

サービス提供までの流れ（居宅介護支援事業所）



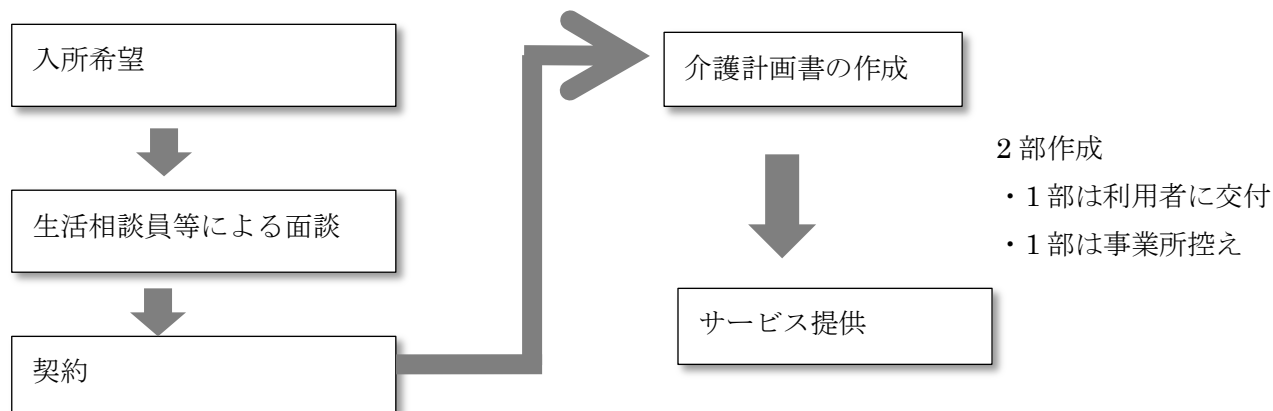
サービス事業所内でのサービス提供業務



事業者は、利用開始までに予防介護サービス計画書を作成しておかなければならない。

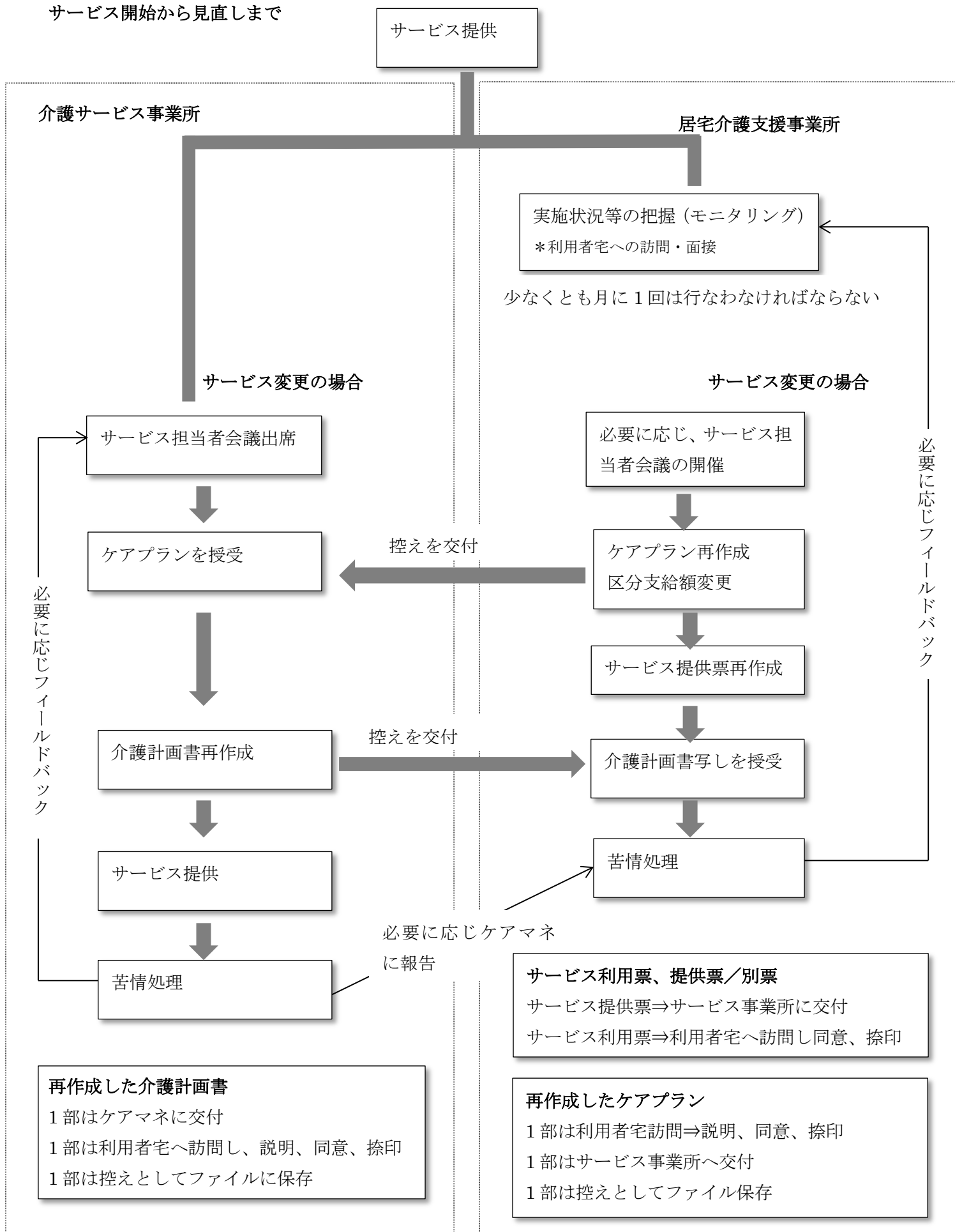
原則的にケアプランを受け取り後、事業所内で介護計画書を作成、利用者に同意を得て交付しなければ介護報酬を受け取ることはできない。

施設サービスでのサービス提供までの流れ



事業者は、利用開始までに予防介護サービス計画書を作成しておかなければならない。

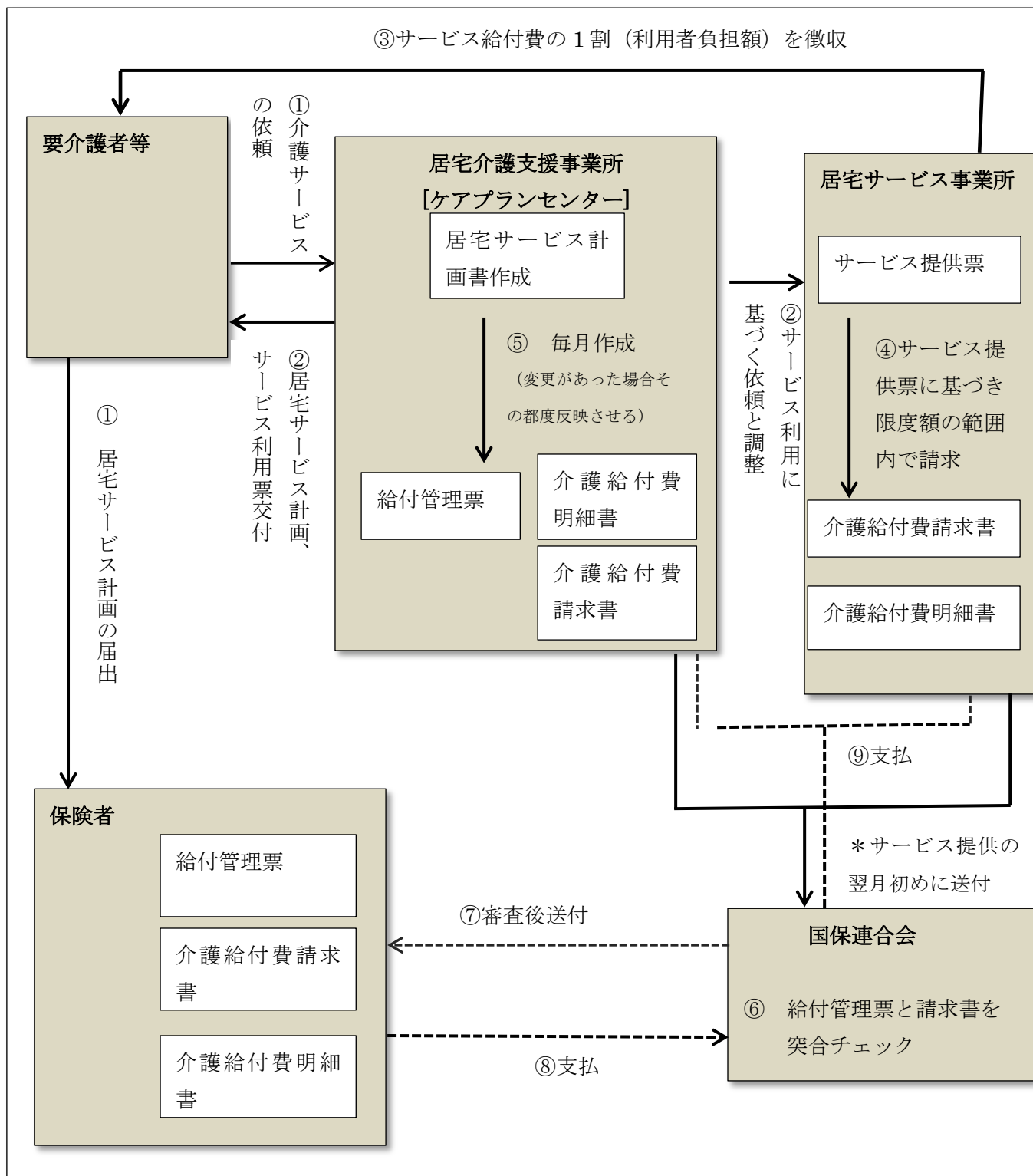
原則的に事業所内で介護計画書を作成、利用者に同意を得て交付しなければ介護報酬を受け取ることはできない。



介護給付費請求の流れについて

利用者にサービスを提供する事業所は大きく分けて

- ① 居宅支援事業所[ケアプランセンター]、地域包括支援センター
 - ② 居宅サービス事業所
 - ③ 介護施設
- の3つ



要介護者の居宅サービス費の請求

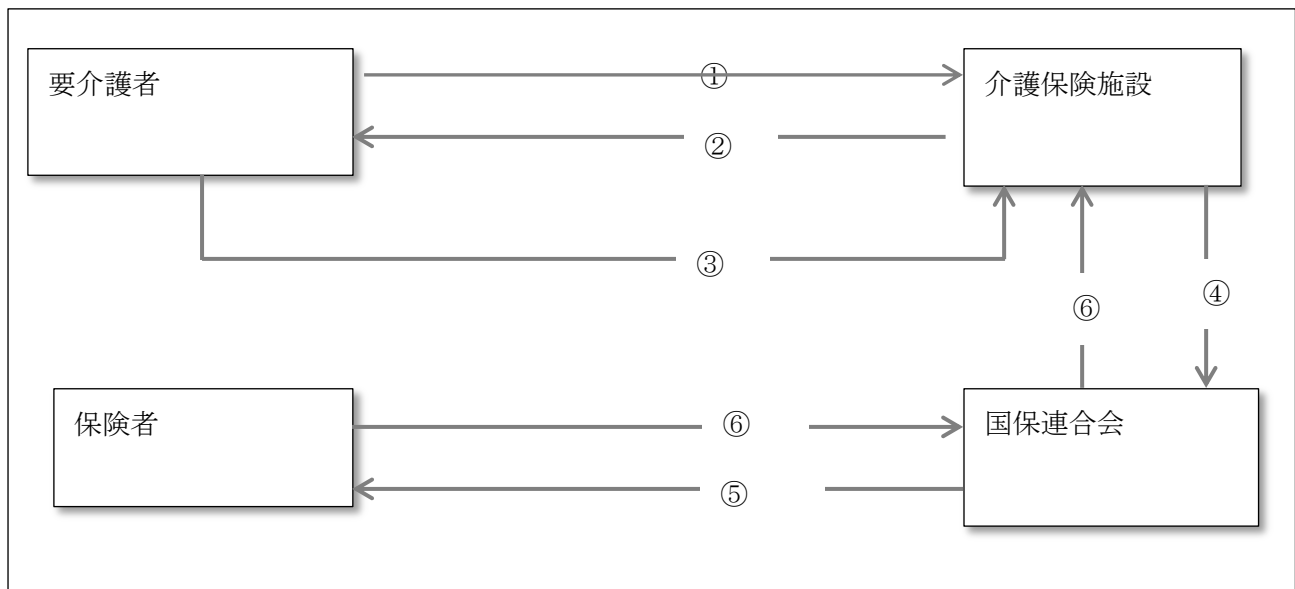
- ① 要介護者は、居宅介護支援事業所に居宅支援サービスの依頼を受けるとともに居宅サービス計画[ケアプラン]の作成の依頼の旨を市町村に届け出る。
- ② 居宅支援事業所は要介護者などの同意をもとに、居宅サービス事業所とサービス提供についての調整を行い、居宅サービス計画を作成する。作成するのは居宅介護支援事業所に所属しているケアマネージャーが行う。
- ③ サービス提供票、サービス利用表を作成し、それぞれに居宅サービス事業所、要介護者に交付する
- ④ 居宅サービス事業所はサービス提供票に基づきサービスを提供する
- ⑤ 居宅サービス事業所は要介護者に対して一部負担[1割]を請求する
- ⑥ 居宅サービス事業所は、提供したサービスの介護給付費請求書及び介護給付費明細書を翌月の10日までに各都道府県の国民健康団体連合会【国保連】に送付
- ⑦ 居宅支援事業所は、要介護者が受けたサービスに基づき給付管理票を作成し、居宅介護サービス計画費などの請求書などとともに翌月10日までに国保連に送付
- ⑧ 国保連は、給付管理票をもとに、居宅サービス事業所の請求書などと突合（とつごう：突き合わせること）し、支給限度額などの審査を行う。
- ⑨ 国保連は、居宅支援サービス事業所及び居宅サービス事業所からの請求について審査後、保険者に請求する。
- ⑩ 保険者は、国保連に支払いを行う。
- ⑪ 国保連は、居宅介護支援事業所及び居宅サービス事業所に支払いを行う。

要支援者の居宅サービス費の請求

要支援者の居宅サービスの請求で要介護者と異なる点はサービス計画書の作成を地域包括支援センター所属のケアマネージャーが行うことである。ここで注意したいのは特例として社会福祉士が要支援者の介護計画書[ケアプラン]を作成できることである。

施設サービス費の請求

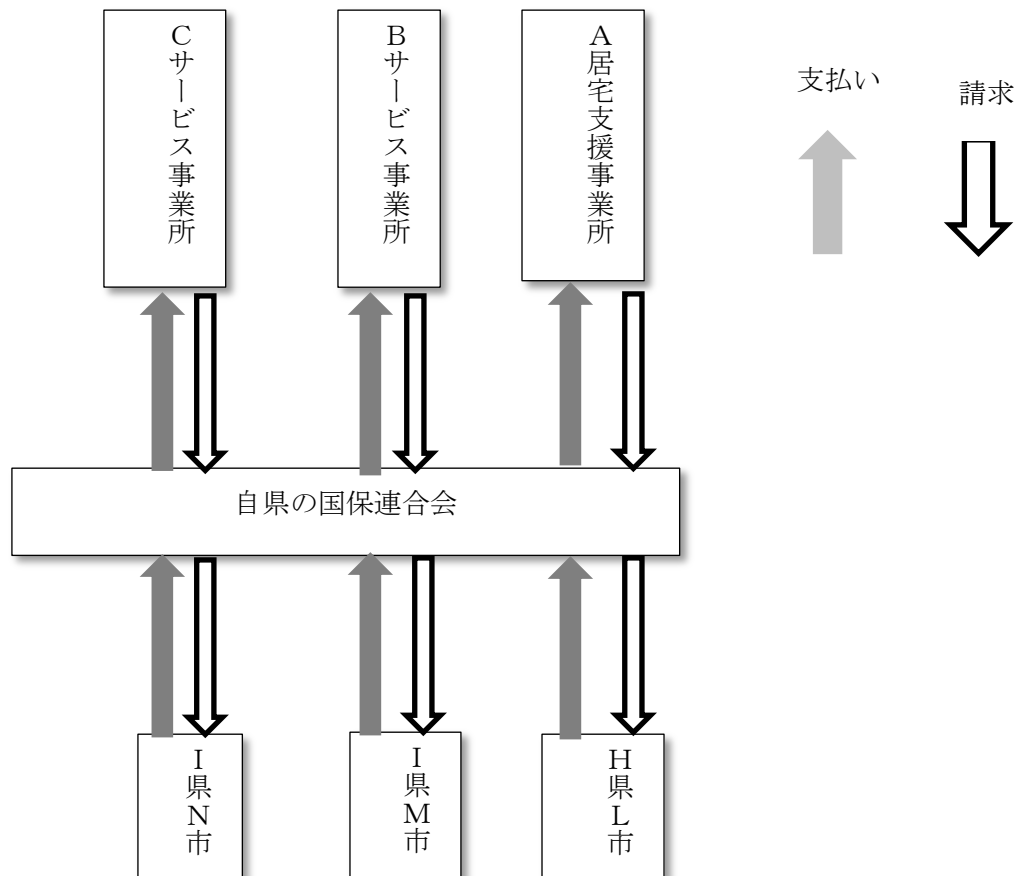
施設サービス費の請求は、要支援者のサービスの一つであり、要支援者は利用することはできない。施設サービス費の請求で要介護者の居宅サービスと異なる点は、施設の職員であるケアマネージャーがケアマネジメント、ケアプランの作成を行うことである。



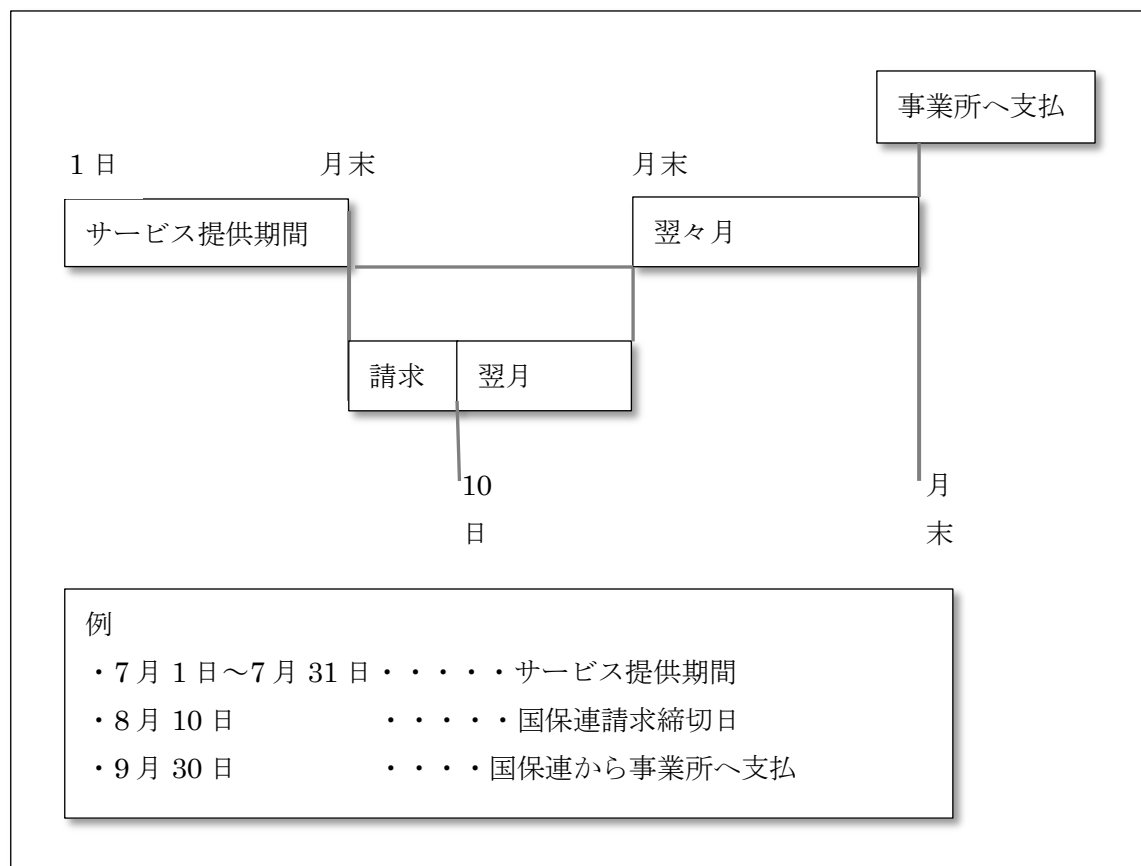
- ① 利用者が介護保険施設の入所を希望し、入所する。ここではケアマネからの依頼は必要ない
- ② 入所後、施設サービス計画に基づいたサービスを提供
- ③ サービスに対しての負担金などの支払い。施設によっては日常生活費の金額が設定されており、この金額はすべて自己負担となる
- ④ 介護給付費明細書を提出
- ⑤ チェック後、保険者に送付不備があれば返送
- ⑥ 支払

自県以外の介護保険請求

サービス事業所・介護施設がその所在地以外の地域のサービスを提供している場合や所在地以外にある他の都道府県の市町村に住む利用者(被保険者)に対してサービスを提供した場合でも請求は所在地の都道府県の国保連に行う。



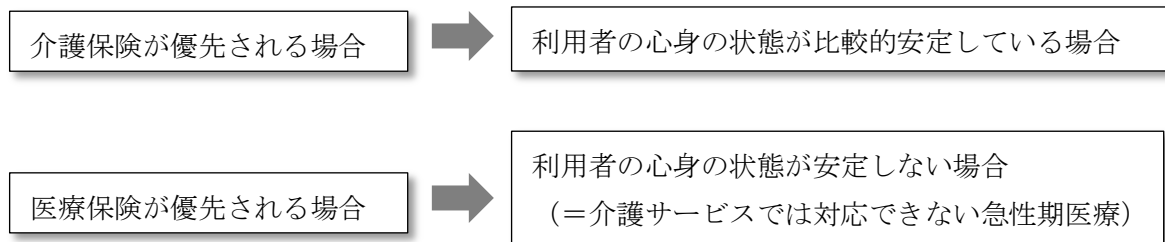
標準的な事務処理日程



介護保険と医療保険の区分けについて

基本的な考え方

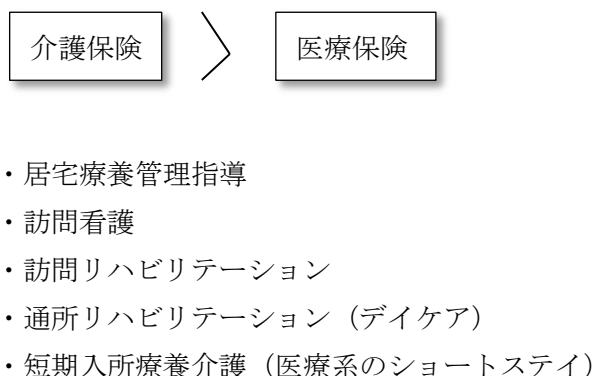
介護保険と医療保険の給付が重複する場合、原則として介護保険の給付が優先される



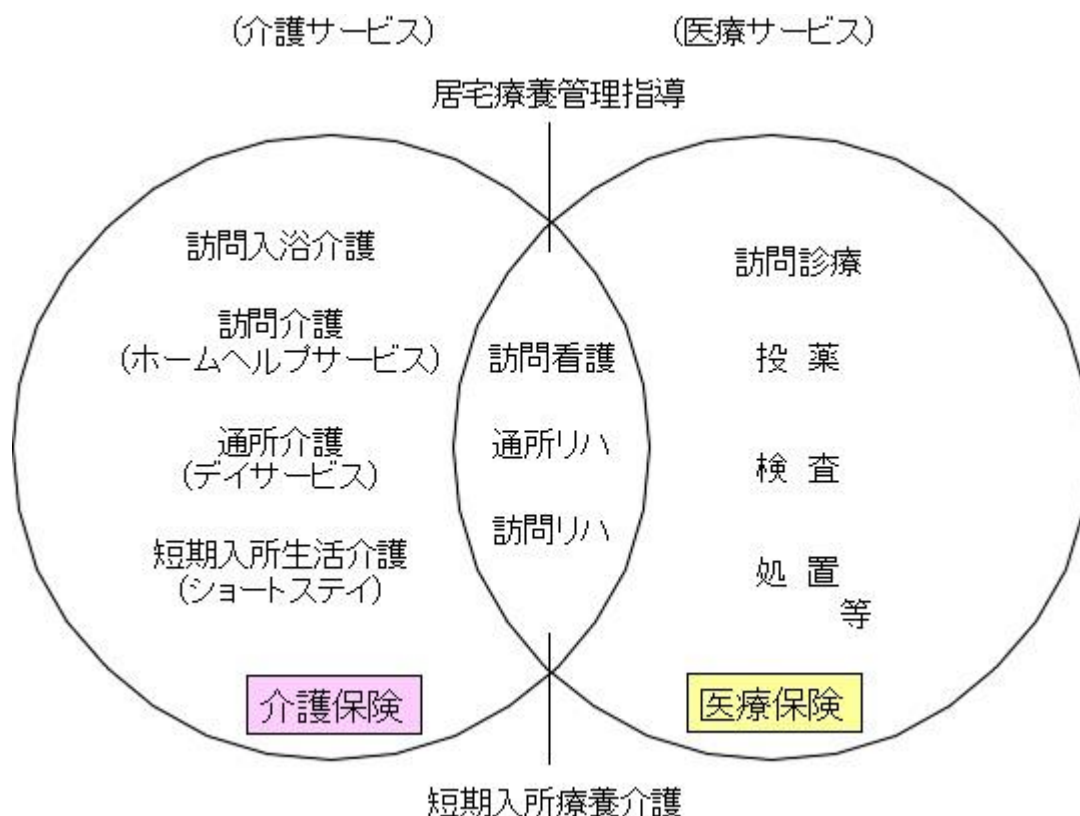
I.在宅サービス

在宅における介護保険と医療保険の給付関係

(1) 以下の介護保険・医療保険両方に属するサービスについては介護保険を優先として支給される。



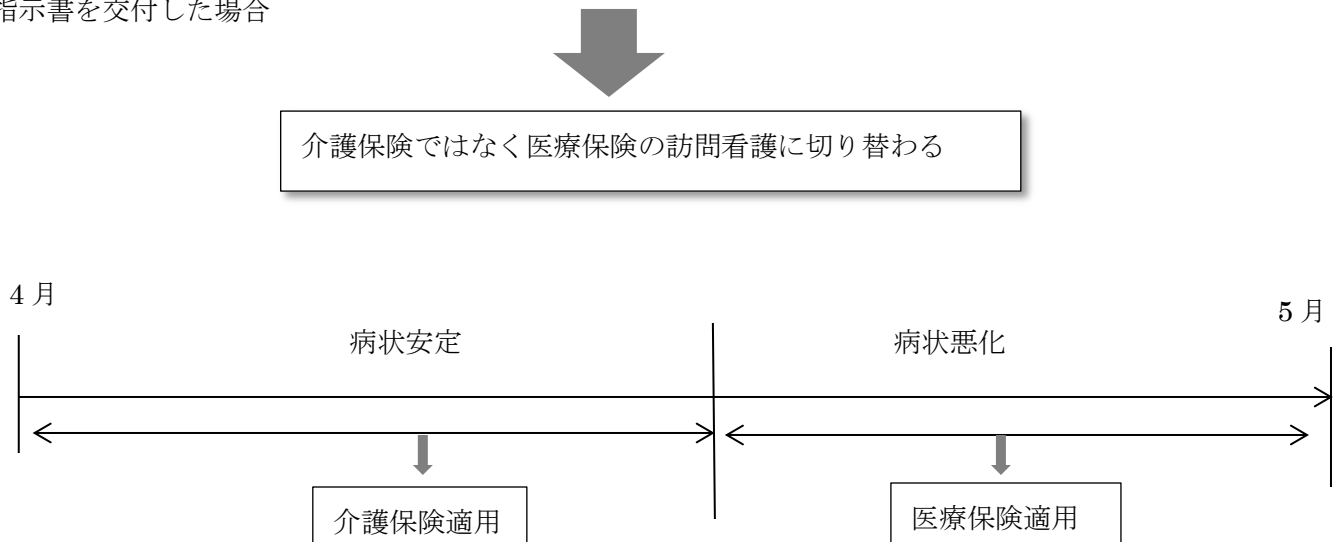
(2) 法律上、介護保険の給付が受けられる同一サービスの場合には、医療保険からは給付しないとの調整規定が設けられており、介護保険の給付が優先する。



居宅サービスにおける介護保険と医療保険の区分調整について

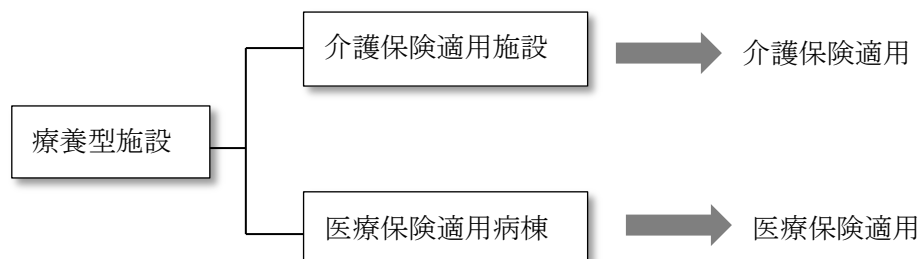
事例

介護保険の訪問看護サービスを受けている者が、病状悪化の為頻度の訪問介護が行う必要があると医師が判断し指示書を交付した場合



Ⅱ.施設サービス

- (1) 施設サービスについては、介護サービスのほか、おのおのの施設の有する機能に応じて、主として日常的な医療サービスが提供されることになる。
- (2) 老人保健施設や療養型病床群等に入所・入院している要介護者に、手術などの急性期治療が必要になった場合、原則として、適切な治療が可能な急性期病棟等に移って、医療保険から給付を受けることとなる。
- (3) 療養型病床群は、病床を介護保険適用部分と医療保険適用部分に区分（原則は病棟単位、例外的には病室単位）できる。

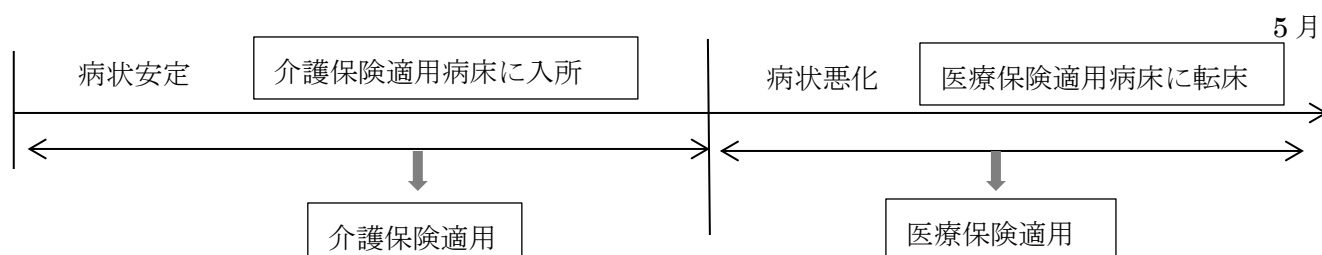


介護保険適用の療養型病床群に入院している患者については、原則として医療保険からの給付は行わない。

施設サービスにおける介護保険と医療保険の区分調整について

事例

介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、病状悪化により精度の高い医療行為が必要になった場合、医療保険適用の病床に転床させて治療を行う



「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」

- ・ 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能であり、この場合の当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行う
- ・ 介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険からの給付は行わないものである
- ・ 療養病棟に該当する病棟が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ2つの病室（各病室の病床数が4を超える場合については4病床を上限とする。）を定め、当該病室について都道府県知事及び地方社会保険事務局長に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとする。
- ・ 介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行う
- ・ グループホーム入所者については、医療保険の重度認知症患者デイケアは算定できないものとする。
ただし、認知症である老人の日常生活自立度判定基準がランク M に該当する者については、介護保険からの給付が行われないことからこの限りではない。

- 【医療秘書全国協議会】福祉事務管理技能検定テキスト 介護保険制度
- 【中央法規】図表で学ぶ高齢者福祉
- 【厚生労働省】中央国民健康保険連合会 改正介護報酬資料
- 【エールサービス】ひと目でわかるケアマネージャー給付管理マニュアル
- 【第一法規】新大学社会福祉・介護福祉講座 介護保険制度
- 【福岡県社協福祉復興部介護実習課】介護基礎コース研修資料
- 【社会保険研究所】介護報酬の解釈Ⅰ
- 【つしま医療福祉研究財団】介護保険事務士養成テキスト～上級コース～ 基礎編
- 【東京シティ福祉サービス】ケアマネージャーの為の介護事務テキスト 1
- 【中央法規】給付管理業務
- 【厚生労働省】地域包括支援センターの業務の手引き（通知）
- 【社会保険研究所】介護報酬の解釈Ⅰ
- 【福岡県国民健康保険連合会】 介護報酬給付の手引き
- 【神奈川県国民健康保険連合会】 介護給付審査決定内容の通知について
- 【介護労働安定センター】職員スキルアップ研修資料
- 【日総研】介護訪問サービス（株）ねこの手 代表取締役 伊藤亜紀 介護保険制度～その仕組みと 15 年の軌跡
- 【厚労省】区分調整における厚労省通達文（平成 18 年 4 月 28 日保医発第 0428001 号）の一部改正）