

## 6 | 介護保険(2)

### — 介護保険の給付 —

《本章の学習目標&ポイント》 本章では、医療保険にはなかった要介護認定という手続きと、その結果に応じて介護保険から行われる各種の給付について学ぶ。給付は大きく分けて、居宅介護支援というケアマネジメントの給付と、直接的な介護サービスに分けられる。介護サービスはさらに居宅サービスと施設サービスに分けられ、さらに地域密着型サービスという種類も作られた。さまざまな種類のサービスがあるが、これらを体系的に理解し、どういうニーズに対してどのように利用できるのかを学ぼう。ここでも、常に医療保険との共通点と相違点を比較しながら考えていこう。

《キーワード》 要介護認定、介護認定審査会、居宅介護支援、介護支援専門員、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、地域包括支援センター

---

### 1. 給付の手続き—要介護（要支援）認定

介護保険には、医療保険と似た点が多くあるが、医療保険にはない新しいしくみもある。その一つが要介護（要支援）認定という、給付を受け取るための手続きだ。

介護サービスは、例えば訪問介護（ホームヘルパー）のサービスを考えてみてもすぐわかるように、医療と違って、あればあるほど助かる、という面がある。誰でも24時間、自分が必要とするときにいつでも手助けしてもらえれば助かるが、それをすべての人に保障するためには膨大な費用が必要で、とても今の介護保険料程度では賄えない。このため、

介護保険の給付は、介護の必要度（要介護度）に応じて給付の限度額が決められ、その中で本人の状態やニーズ、希望などに応じてサービスの内容が選択される。また、医療保険では治療の必要性や治療行為の内容は、診察した医師が医学的判断に基づいて決めればよかったが、介護の必要度というのは医師だけではなく看護師や介護福祉士、社会福祉士、理学療法士・作業療法士など、様々な専門職の人たちがそれぞれの視点から評価を持ち寄って決めていかなければならない。

このため、介護保険の給付を受けるためには、まず、保険者である市町村に要介護認定の申請をする必要がある。本人ができない場合には、家族や介護支援専門員、いわゆるケアマネジャーなども代行できる。

要介護認定が全国で公平で客観的に行われるように、国は要介護度を測るための基準を作っており、申請が市町村に提出されるとその市町村の保健師などの専門職員が申請者宅を訪問して全国統一の様式に基づき調査を行う。そして、その結果に基づき、国が作成した判定ソフトによって一次判定が行われる。

その結果とともに、主治医の意見書がつけられ、市町村に設置された介護認定審査会という、保健医療福祉の専門家数名で構成される委員会においてさらに個別に審査される。ここでの審議結果を受けて、最終的に市町村長が認定を行い、申請者に通知する、というしくみだ。

これにより、要介護（要支援）に該当するか否か、該当する場合には要支援1・2、要介護1から5までのどの段階に該当するかが判断される。第2号被保険者の場合には、それに加えて要介護（要支援）の原因が16の特定疾病（5章83頁参照）によるものかどうかも判定される。

要介護（要支援）認定を受けた人の人数と程度別の構成割合は、表6-1のとおりだ。

認定の結果に納得できない場合は、結果を知った日の翌日から60日以

表 6-1 要介護（要支援）認定者の人数と構成割合

(2014年3月末)

区 分	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	総 数
人 数 (万人)	82	80	111	103	77	71	61	584
構成比 (%)	14.0	13.7	19.0	17.6	13.1	12.1	10.4	100.0

(出所) 厚生労働省「平成 25 年度介護保険事業状況報告 (年報)」

内に都道府県に置かれた介護保険審査会に審査請求することができる。

要介護認定の結果には有効期限があり、12ヶ月を基本としつつ、症状等に応じて介護認定審査会の決定によって3ヶ月から24ヶ月までの間の期間とすることができる。

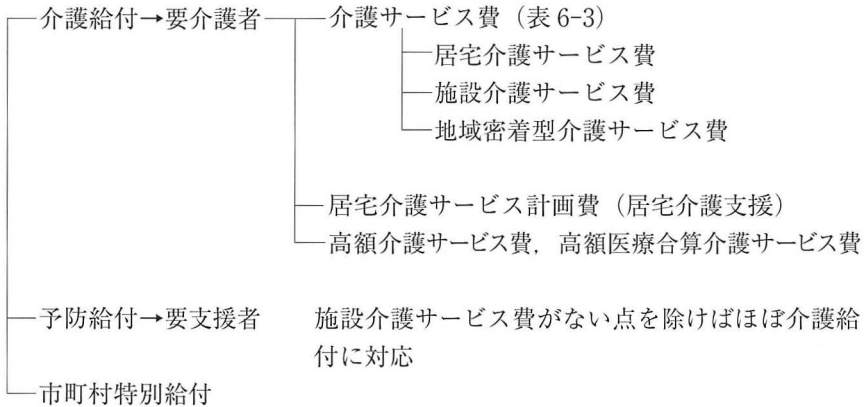
## 2. 介護保険の給付

### (1) 給付の全体像

介護保険からの給付には、従来の老人保健制度から給付されていた医療系のサービスと、老人福祉制度から給付されていた福祉系のサービスの両者がほぼそのまま取り込まれており、さらに新たな給付も盛り込んでいるため、種類が多い。また、要介護者に対する介護給付とほぼ同様のサービスが要支援者に対して予防給付として用意されており、加えて例外的に償還払いで支払われる場合のために「特例」という文字を名称の頭に加えたサービスもある。このため、それらを羅列するととても複雑に見え、その基本骨格や体系が理解しづらい。そこで、まず、基本となるサービス体系を示すと、次頁の表6-2のとおりである。

ここで気がつくように、実は介護保険では医療保険と違い、各給付は

表 6-2 介護保険の給付体系



その名称の最後が「〇〇費」となっている。これは、各給付が法律上は現物給付ではなく償還払いであることを示している。しかし、実際には、法律に代理受領の規定が設けられていて、給付限度内では現物給付化されている。医療保険では混合診療が認められる例外的な場合のために「償還払いの現物給付化」が行われていたが、介護保険では、原則すべての給付がこの方式をとっている。これは、医療保険と異なり、介護保険では、以下で述べるように各給付に支給限度額が設けられており、利用者が希望する場合には全額その自己負担によって限度額を超えたサービスとの組み合わせを認めることを前提としているからなのだ。通常は支給限度額を超えてのサービス利用はそう多くはないし、ケアプランを作成して利用する場合がほとんどなので、その場合には利用したサービスの1割（一定所得以上の人は2割）だけを負担し、残りは介護報酬として、市町村から審査支払機関である国民健康保険団体連合会を經由して、サービス提供者に直接支払われる。このため通常は現物給付と何ら変わ

らないが、制度の基本骨格の相違がこのような違いとなって現れている点に注意しよう。

## (2) 居宅介護支援（ケアマネジメント）

名称だけでは給付内容がちょっとわかりにくいと思われるが、英米で発達したケアマネジメントとかケースマネジメントと呼ばれる支援サービスを介護保険から給付する。これは、要介護者の心身の状況、その置かれた環境、本人や家族の希望などを踏まえて、1人ひとりの要介護者にとってもっともふさわしいオーダーメイドの介護サービスの組み合わせをコーディネートするサービスだ。この支援のしくみは日本の要介護者やその家族の支援に当たって大きな効果を挙げた。そして「ケアマネ」「ケアプラン」といった言葉などと一緒に、短時間で広く社会に根を下ろし、一般の人の間でもかなり知られるようになった。このような日本での成果は海外にも知られ、本家ドイツでも2008年の制度改正によりケースマネジメントの給付という形で取り入れられるところとなった。

居宅介護支援を実際に行うのは資格のある介護支援専門員（ケアマネジャー）で、これを雇用している指定事業所が利用者の委託を受けてケアプランを作成する。そしてその後も定期的に状況を把握し、評価を行い、必要ならばケアプランの変更を提案するなど、継続的な相談調整の支援を行う。

介護支援専門員は、基礎資格として、介護福祉士、看護師、保健師、社会福祉士、医師など、保健医療福祉の専門職で、5年以上実務経験を有する人が都道府県の実施する試験に合格し、研修を受けた場合にその資格を取得する。2006年度からは5年ごとに研修を受けて資格を更新することが必要になった。

要支援者に対しては、同じようなサービスが介護予防支援として給付

され、これは市町村ごとに設置される地域包括支援センターの介護支援専門員が担当することになっている。

これらのサービスは、日本ではなじみのないものであったが、その普及が介護保険の適切な利用と普及にとって重要なカギを握ると考えられたことや、日本ではなかなか無形のサービスに対してお金を払うことに慣れていないという意見もあって、ほかのサービスが利用者の1割ないし2割負担となっているのに対して、利用者負担はなく、すべて介護保険から給付することとされた。

### (3) 直接的な介護サービス

以下では、介護保険から給付される直接的な介護サービスのうち、主要なものを取り上げる。

給付の種類は、特に居宅サービスではとても多く、その位置づけなどが分かりにくいと思う。そこで、全体像を理解しやすいように、表6-3に類型別に分類してみた。

要支援者に対しては、施設サービスは給付されないが、それ以外の給付についてはほぼこれらに対応する給付が「介護予防〇〇〇〇」という名称で給付される。また、居宅サービスの中でも軽度の人への利用の増加が著しかった介護予防訪問・通所介護は、2014年の医療介護総合確保推進法によって、2015年4月から予防給付から削除され、個人の法的受給権のない、市町村が実施する事業（介護予防・日常生活支援総合事業）に移行した。ただし、市町村は条例で定めれば、2017年4月まで猶予できることとされている。

#### 1) 居宅サービス

居宅サービスは、訪問系と通所系、そして短期入所系のサービスが中

表 6-3 介護サービスの類型別の種類

		福祉系	医療系	地域密着型
居宅サービス	訪問系	訪問介護 訪問入浴介護	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護
	通所系	通所介護	通所リハビリテーション	認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 小規模通所介護
	短期入所系	短期入所生活介護	短期入所療養介護	複合型サービス
	居住系その他	特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与		認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 地域密着型特定施設入居者生活介護
施設サービス		介護福祉施設サービス	介護保健施設サービス 介護療養施設サービス	地域密着型介護福祉施設サービス

(注) このほか、福祉用具購入費（10万円/年度）、住宅改修費（20万円）などがある。

心で、それ以外には有料老人ホームなどの特定施設入居者や、現在では地域密着型サービスに移行したが、認知症対応型共同生活介護、いわゆるグループホームなども居宅サービスに位置づけられる。

その中心的なものは、訪問介護（ホームヘルプ）と訪問看護、そして通所介護（デイサービス）と通所リハビリテーション（デイケア）だ。さらに短期入所サービス（ショートステイ）も、在宅の要介護者が本人の状態の変化や介護に当たっている家族の事情によって一時的に入所による支援を必要とした場合に在宅の継続を支えるために重要なサービスだ。この訪問、通所、そして短期入所の3種類のサービスを在宅3本柱ということもある。

これらのサービスは、基本的に要介護者の心身の状態や家族その他の置かれた環境、本人や家族の希望などに応じて相互に一定程度の代替性

表 6-4 居宅介護サービス費等の支給限度額

(2015年4月)

要介護度	支給限度額
要支援1	5,003 単位/月
要支援2	10,473 単位/月
要介護1	16,692 単位/月
要介護2	19,616 単位/月
要介護3	26,931 単位/月
要介護4	30,806 単位/月
要介護5	36,065 単位/月

(注) 1単位：10.00円～11.26円（地域やサービスにより異なる）。

がある。このため、医師等による居宅療養管理指導を除いた訪問系、通所系と短期入所系の各サービスについては、地域密着型も含め、介護支援専門員が本人や家族と相談して作成するケアプランの中で組み合わせ利用することができ、また、これら全体で要介護度に応じて表 6-4 のような月単位の支給限度額が設けられている。

## 2) 施設サービス

施設サービスは、都道府県知事が指定または許可した介護保険施設に入所してサービスを受けるもので、施設には介護老人福祉施設、介護老人保健施設、そして介護療養型医療施設の3種類がある。

### ①介護老人福祉施設

老人福祉法に基づいて設立された特別養護老人ホームで、従来は租税財源を用いた市町村長による措置という形の行政処分によって入所が決定していたものが、介護保険による利用型の施設という位置づけに変更



された。基本的な性格としては要介護者のための生活施設で、ここでは、施設サービス計画に基づいて、介護等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の管理が提供される。2015年4月からは原則として要介護3以上の人に限って新たな利用が認められることになった。

### ②介護老人保健施設

病院と施設あるいは入院と在宅の中間的な施設として1986年の老人保健法改正で創設された施設類型で、従来は老人医療の対象とされていた。基本的性格としては要介護者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設で、ここでは施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話が提供される。

### ③介護療養型医療施設

いわゆる老人病院といわれるもののうち、都道府県知事の指定を受けて介護保険の対象者を入院させて療養介護を行うものをいう。医療依存度の高い要介護者の長期療養施設という基本的性格を持つ。具体的には、療養病床等を有する病院または診療所であって、入院する要介護者に対して、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下での介護その他の世話および機能訓練その他必要な医療を提供するものと位置づけられていた。ただし、医療保険の適用と棲み分けをしていて、医療保険適用型の療養病床はこれには含まれない。

この介護療養型医療施設については、2006年の法律改正によって、今後は老人保健施設など他の施設に転換したり、在宅療養に切り替えたりすることを通じて廃止することとされ、介護保険法の本則の規定からは削除された。そして、法律の附則により、2012年3月までは経過措置と

してその存続を認める取り扱いになったが、この期限が近づいても転換が進まないため、法律改正により再度2018年3月まで期限が延長された。

施設サービスについては、在宅の人との負担の公平を図るため、2005年10月から入所中の食事と居住に相当する費用が介護保険の給付から除外され、利用者負担とされた。ただし、世帯全員が住民税非課税の低所得者に配慮して、標準的な食事および居住に要する費用として国が定める基準額と本人の所得状況などを考慮して決める3段階の負担限度額との差額については、補足的な給付として特定入居者介護サービス費が支給される。居宅サービスのうちの短期入所と通所サービスについても同様である。

### 3) 地域密着型サービス

地域密着型サービスとは、居宅サービスか施設サービスかという区分とは別の視点から2005年の法律改正により新たに設けられたサービス区分で、表6-3に掲げた9種類のサービスがある。これらは、高齢者が要介護や要支援状態になっても、できるだけ住み慣れた地域で継続して住み続けられるように支援しようという理念に基づき、必要なサービスが整理されたものである。居宅サービスや施設サービスとの違いは、これらが都道府県知事の指定であるのに対して、地域密着型は市町村長の指定に委ねられている点で、これにより市町村単位で必要なサービス量を調整できるようにするねらいがある。また、基本的に指定を受けた市町村の住民しかサービスを利用できない。

このうち小規模多機能型居宅介護とは、新たに創設されたサービス類型で、身近な地域で通所を基本としながら必要に応じて訪問介護や短期入所などを一体的に提供するもので、とりわけ認知症高齢者の在宅での

穏やかな安心できる生活が継続できるよう支援しようとするものである。また、「地域密着型」を冠した施設はいずれも29人以下の小規模な特別養護老人ホームあるいは有料老人ホームなどをいう。

#### (4) 高額介護サービス費・高額医療合算介護サービス費

医療保険における高額療養費と同様の趣旨で、利用者の1割ないし2割負担額が一定限度額を超えた場合に、その超えた額を償還するしくみである。限度額は、所得水準に応じて1万5,000円から4万4,400円までの5段階が設けられている。ただし、医療保険とは異なり介護保険の施設サービス給付は定額給付なので、それほど高額な利用者負担は生じない。

高額医療・高額介護合算制度は、2006年の法律改正により新たに導入されたもので、医療保険と介護保険の自己負担の合計額が著しく高額になる世帯を対象として、一定限度額を超えた額を償還する制度である。

#### (5) 市町村特別給付

これは法定給付ではなく、市町村がその判断で設けることができる給付である。内容的には2種類のものがあり、1つは上記の法定給付について全国一律に設けられた支給限度額を市町村が独自に引き上げる場合(上乘せ給付)と、もう1つは法定給付以外に市町村で必要と判断して新たな給付の種類(例えば配食サービスや紙おむつの支給など)を追加するもの(横出し給付)である。重要な点は、このような市町村特別給付の財源はすべて第1号被保険者の保険料で賄わなければならないという点である。つまり、全国共通の法定給付については前章でみたように国や都道府県の公費、あるいは第2号被保険者の保険料などで費用を分担するが、その水準を超えて市町村がその事情や判断によって独自に給

付を設けることを認めるとともに、その費用はその市町村に住む高齢者自身が保険料で負担するという考え方である。このように給付と負担のバランスを市町村が独自に選択できる途を開いた点で、介護保険制度は地方自治の試金石と呼ばれたこともある。残念ながら、施行後の実施状況を見ると、保険料上昇に悩む市町村においてはほとんど普及せず、保険給付費のわずか0.02%程度にとどまっている。

### (6) 地域支援事業

2005年の改正により、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する「地域支援事業」が創設された。

また、公正・中立の立場から、地域における①介護予防マネジメント、②総合相談・支援、③権利擁護、④包括的・継続的マネジメントを担う中核機関として、地域包括支援センターが創設された。このセンターは市町村が自ら設置し、あるいは適切な事業者に市町村が委託して設置することができ、そこには保健師か経験のある看護師、主任介護支援専門員および社会福祉士を置くことが義務づけられている。このセンターは介護予防はもちろん、高齢者の虐待防止や権利擁護など、地域の高齢者を支援する中心的な役割を果たしていくことが強く期待されている。

また介護予防訪問介護と介護予防通所介護についてはすでに触れたように、2015年4月からは予防給付から削除され、市町村が実施する地域支援事業の中に新たに「介護予防・日常生活支援総合事業」が設けられ、この事業として実施することとされた。この事業に必要な費用は、介護給付や予防給付に必要な費用と同じ構成比で、公費（国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%）、第1号および第2号被保険者保険料で賄われる。

### (7) 介護報酬

介護保険から給付される介護サービスや介護予防サービスについては、医療保険における診療報酬と同様に、その値段表としての介護報酬が厚生労働大臣によって定められている。

介護報酬は、サービスの内容、要介護状態区分、サービス事業者の所在地域を考慮し、その平均的な費用等を勘案して決められ、介護給付費単位数表によって示されている。医療保険における点数に相当するのが単位数という概念で、原則として1単位=10円であるが、医療保険と異なり物価・人件費などの地域差を考慮して、1単位は地域やサービスの種類によって、10.00円から11.26円まで異なった単価が用いられる。

介護報酬の請求は、ほとんどの場合に現物給付化されているので、利用者はサービス事業者にかかった費用の1割（一定所得以上の方は2割）を支払い、残る費用は毎月市町村から事業者に対して直接に支払われる。その審査支払いは、保険者である市町村から都道府県の国民健康保険団体連合会に委託されているので、ここを通して行われている。

## 3. 介護保険の運用状況

2000年度の制度発足以降、要介護（要支援）認定を受けた人や保険給付費は毎年増大してきている。

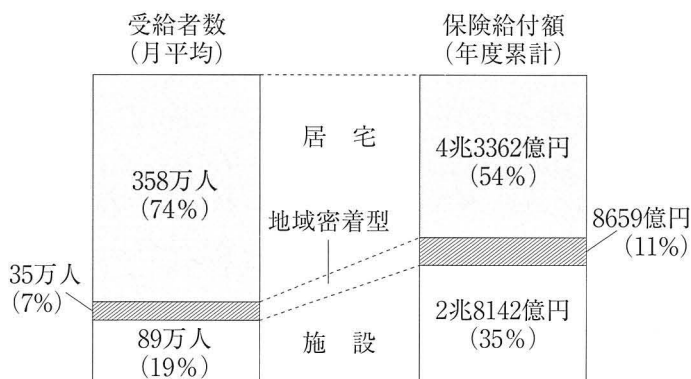
まず要介護（要支援）の認定者数の推移をみると、2000年度末には256万人だったものが2013年度末には584万人と、この13年間に2.3倍に増えている。

また、受給者数の推移をみると、居宅介護（介護予防）サービス受給者数は同じ期間に124万人から358万人へと2.9倍に、施設サービス受給者数は60万人から89万人へと1.5倍に増えており、いずれも増加しているが、とりわけ居宅サービスの受給者の増加が著しい。

さらに、2006年度の地域密着型サービスの導入により、それまでの居宅サービスと施設サービスの一部がこれに移行したが、これも同年度の16万人から2013年度の35万人へと、わずか7年間で2.2倍に急増している。

このようなサービス利用の増加に対応して、介護保険の給付費も3.2兆円から8.5兆円へと2.6倍に増加している。

2013年度でみた介護保険のサービス受給者数と保険給付額の内訳は、図6-1のとおりである。



(注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。

図6-1 介護保険の受給者数と保険給付額

(出所) 厚生労働省「平成25年度介護保険事業状況報告(年報)」

### 演習問題

---

1. 各居宅サービスの種類について具体的な内容を説明してみよう。
2. ケアマネジメントという概念について、さらに自分でも調べてみてその働きや意義について考えてみよう。
3. 介護保険の財政のしくみと、今後の費用負担のあり方について、自分の考えをまとめてみよう。

### 参考文献

---

白澤正和『介護保険とケアマネジメント』中央法規出版、1998年

増田雅暢『わかりやすい介護保険法(新版)』有斐閣、2000年

和田勝・唐澤剛・稲川武宣『介護保険の手引 平成24年版』ぎょうせい、2012年