

3 介護サービス・介護予防サービスを利用するには

利用までの全体の流れ

1 まず、市町村窓口で 要介護認定の申請をします

介護や介護予防が必要かどうかの判定のため、本人またはその家族やケアマネジャーなどの代理の人が市町村の窓口で申請します。

※申請に費用はかかりません

2 訪問調査を受けます

市町村の職員あるいは市町村から委託を受けたケアマネジャーが、家庭や施設を訪問し、本人の心身の状況や日常生活の様子を面接調査します。

4 認定審査の結果通知が届きます ●原則として申請から30日以内に届きます

非該当通知

非該当
(自立)

認定通知

要支援
1・2

要介護
1～5

市町村の実情に応じたサービス

介護予防ケアプラン

介護サービス計画
(ケアプラン)

3 公平な審査が行われます

介護認定
審査会
による審査
判定

- 訪問調査結果をコンピュータに入力して判定した介護の必要度の結果
- 訪問調査時の特記事項
- 主治医意見書

施設や居住系サービスを希望する場合は、直接申し込み契約する

要支援・要介護になるおそれのある人はサービス・活動事業(地域支援事業)の利用ができます。

➡ P.27へ

要介護認定に疑問、 不服があるときは？

市町村窓口にお問い合わせください。
それでも解決されない場合は『群馬県介護保険審査会』に不服申立てをすることができます。
(認定結果を知った日から3ヵ月以内)

5 ケアプランの作成

利用者の心身の状況に応じた、サービスの種類と回数、その組み合わせを考えた自立支援に向けたケアプランをつくります。

要支援1・2

- ・ 地域包括支援センター(介護予防支援事業者)にケアプラン(介護予防サービス計画)作成を依頼します。
- ・ 地域包括支援センター職員等と相談しながら、本人の心身の状況や家庭の状況等に適した支援メニューを検討し、ケアプランを作成します。
- ・ サービス提供事業者との連絡・調整は地域包括支援センターが行います。

要介護1～5

- ・ 居宅介護支援事業者を選び、ケアマネジャーにケアプラン(介護サービス計画)作成を依頼します。
- ・ ケアマネジャーは、利用者や家族の意見を取り入れて、専門家として要介護状態の区分に応じて使える金額の範囲内で心身状態、家庭の状況に適したケアプランを作成します。
- ・ サービス事業者との連絡・調整はケアマネジャーが行います。

※ケアプラン作成の費用負担はありません

6 介護サービス・介護 予防サービスの利用

・ 介護予防ケアプランにしたがって、介護予防サービスを利用します。

サービスを利用したら、原則としてかかった費用の利用者負担額(注)を支払います。

・ ケアプランにしたがって、在宅サービスを利用します。

・ 施設入所や居住系サービスを利用する場合には、希望する施設に直接申し込んで利用します。

施設等を利用する場合は、利用者負担額(注)の他に居住費・食費などを支払います。

注:利用者負担割合(額)については「P.4」を参照ください。

1 まず、市町村窓口で要介護認定の申請をします

窓 口

○市役所
○町村役場
・介護保険担当窓口

申請ができる人

○本人または家族
○代行ができる人
・地域包括支援センター
・居宅介護支援事業者や
介護保険施設のうち法
令で定めるもの
など

申請に必要なもの

○要介護・要支援認定申請書
(申請窓口にあります)
○介護保険被保険者証
○健康保険被保険者証
(第2号被保険者の場合)

申請書の主な記載事項

○氏名、住所、生年月日等
○主治医の氏名等
(主治医がいない場合は市町
村が指定した医師の診断を受
ける。)

要介護認定とは

介護保険のサービスを利用するには、まず、要介護認定を受け、介護がどれくらい必要かの判定を受けます。

この段階で在宅で利用できるサービス量も決まります。

全国のどの市町村でも同じ基準で、申請をしたすべての人に公平な認定が行われます。

なお、要介護認定申請には費用はかかりません。

要介護認定の更新・変更の申請

◎ 認定の有効期間は、初回の場合は原則として6ヶ月です。

◎引き続き利用したい場合は、有効期間満了の60日前から満了日までの間に、『更新申請』の手続きが必要です。更新認定の有効期間は、前回の認定の有効期間満了の日の翌日から、原則12ヶ月です。

◎有効期間内の途中であっても、心身の状況が変化した場合などは認定の見直しのため『区分の変更申請』ができます。手続きは初回の申請と同じです。

平成28年4月1日から、第三者行為(交通事故等)で介護サービスを受ける時は市町村へ届出が必要となりました。

2 訪問調査を受けます

調査員はどんな人？

・原則「市町村の職員」です。更新申請の場合には、市町村から委託を受けた居宅介護支援事業所等の「ケアマネジャー(介護支援専門員)」が行うこともあります。

調査方法は？

・調査員が家庭や施設等を訪問し全国共通の「調査項目」(74項目)を本人と家族などに質問し、調査票に記入します。
・必要に応じて、実際に動作してもらう場合もあります。

調査内容は？

・日常生活で介護がどれくらい必要なのか、心身の状態はどうかなどを調査します。

【主な調査項目】

まひ・拘縮、移動、複雑な動作、特別な介護、身の回りの世話、コミュニケーション、問題行動、特別な医療等

訪問調査を受けるポイント

- ◎ 普段のありのままを答える。
調査の目的はあくまで日常の状況についてお尋ねすることですから、無理をすることなく、ありのままを答えるようにしましょう。
- ◎ 体調が悪いときは別の日に変更。
仮に調査員が訪問したときに、風邪や熱などにより体調が悪いときはそのことを調査員に伝えて、後日改めて調査を受けるようにした方がよいでしょう。
- ◎ リラックスした状態で受ける。
普段から家族の介護を受けている人や1人で調査を受けるのが不安な人は、ご家族や民生委員さんに一緒に受けてもらい、リラックスした状態で調査を受けることが大切です。

ケアマネジャー (介護支援専門員)とは

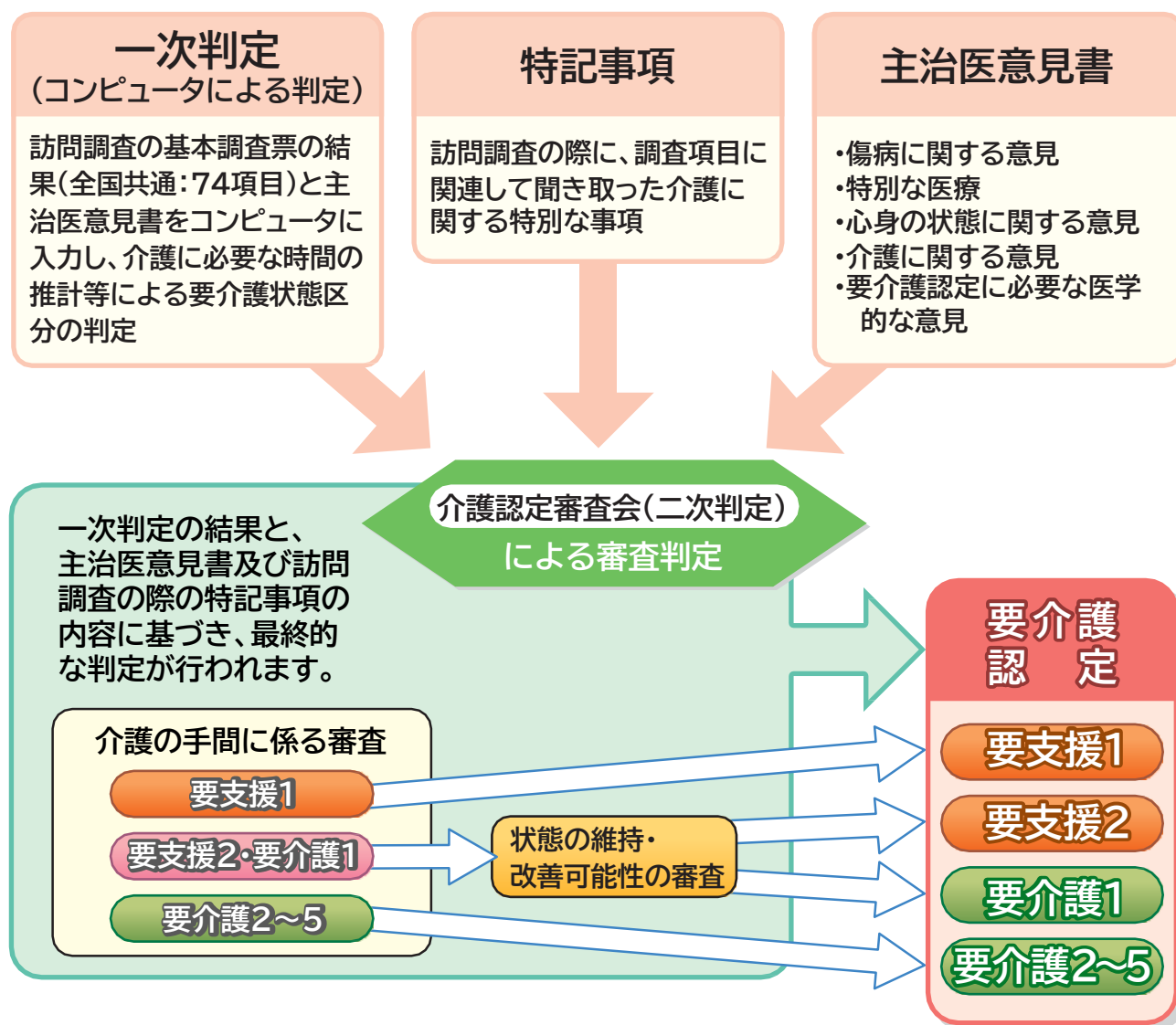
介護を必要としている人に合わせ、自立支援に向けた総合的なケアプラン(介護サービス計画)づくりを行う専門職です。

利用者や家族の希望を聞きながら、サービス事業者等との連絡・調整を、本人に代わって行います。

居宅介護支援事業者(ケアプラン作成機関)のほか、特別養護老人ホームなどの介護保険施設等でも、ケアマネジャーを置き、施設サービス計画の作成と実施状況を把握します。

3 公平な審査が行われます

1. 訪問調査の結果がコンピュータに入力され、介護に必要な時間の推計等により要介護状態等の区分が判定されます。(一次判定)
2. 「一次判定の結果」と、認定調査の際に調査員が聞き取った「特記事項」及び「主治医意見書」をもとに、『介護認定審査会』で、最終的な要介護状態等の区分が判定されます。(二次判定)



主治医意見書の入手方法

- ・ 主治医がいる場合には、市町村が、直接主治医へ、意見書への記載を依頼します。
(ただし、更新認定等では、被保険者が依頼し、市町村に提出することもあります。)
- ・ 主治医がいない場合には、市町村が指定する医師が診断し、意見書を作成します。

介護認定審査会とは

「保健」「医療」「福祉」の専門家が、認定調査の結果と主治医の意見書をもとに要介護認定の審査・判定を行います。

4

認定審査の結果通知が届きます

- ・申請の日から30日以内に、市町村から要介護認定の結果が文書で通知されます。
- ・通知書には、「要支援1・2」「要介護1～5」「非該当（自立）」の認定結果やその有効期間などが記載されます。

認定区分	平均的な状態	利用できるサービス	
要支援 1	社会的支援を要する状態	在宅サービス (上限50,320円/月) 認知症対応型グループホーム及び施設サービスは利用できません。	
要支援 2	部分的な介護を要する状態	在宅サービス (上限105,310円/月) ・認知症対応型グループホームの利用ができます。 ・施設サービスは、利用できません。	
要介護 1	部分的な介護を要する状態	在宅サービス (上限) 167,650円/月	施設サービス (原則として特別 養護老人ホームを 除く)
要介護 2	軽度の介護を要する状態	在宅サービス (上限) 197,050円/月	同上
要介護 3	中等度の介護を要する状態	在宅サービス (上限) 270,480円/月	施設サービス (原則として特別 養護老人ホームは 要介護3以上)
要介護 4	重度の介護を要する状態	在宅サービス (上限) 309,380円/月	同上
要介護 5	最重度の介護を要する状態	在宅サービス (上限) 362,170円/月	同上
非該当	自立の状態 歩行や起き上がりなどの日常生活上の基本動作を自分で行うことが可能であり、かつ、薬の内服、電話の利用などの手段的日常生活動作を行う能力のある状態です。	介護サービスや介護予防サービスは利用できません。 ↓ 市町村ごとに実施される地域支援事業のサービス・活動事業、一般介護予防事業や、介護保険外の保健福祉サービスなどを利用し、健康状態維持・増進や社会的交流などを図ることができる。	

5 ケアプラン(介護サービス計画)の作成

- ・ 要介護(要支援)認定を受けたら、利用者の心身や生活の状況に合わせて、ケアプラン(介護サービス計画)をつくります。
- ・ 要介護状態区分等に応じた利用限度額(上限)の範囲で、保健・医療・福祉のさまざまなサービスを組み合わせることができます。
- ・ 「要支援」と「要介護」では、相談先が異なります。

要介護1～5と認定された人

施設サービス を利用したい

直接、介護保険施設に申し込みます。
施設がよいが相談できます。

在宅サービスを利用したい 居宅介護支援事業者

- ケアマネジャーによる状態把握**
契約した居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、利用者の心身の状態や生活歴などを把握し、抱えている問題点や解決すべき課題を分析します。
- ケアプランの原案の作成**
在宅サービス事業者に関する情報が提供され、利用者が事業者を選びます。
- サービス担当者会議**
本人の力を引き出せるようなサービスを、利用者・家族、サービス提供の担当者等と検討を行います。
- 居宅サービス計画の作成**
利用者・家族の同意のもとに、利用する介護サービスの種類や回数を決定し、居宅サービス計画（ケアプラン）が決定されます。
- 利用者の同意・ケアプランの交付**
計画の内容の説明を受けて確認します。居宅サービス計画が利用者に交付されます。

介護サービス提供事業者と契約

施設と契約

施設サービス計画(ケアプラン)がその施設でつくられます。

利用者負担額(注)を支払うことでサービスが利用できます。

要支援1・2と認定された人

地域包括支援センター

※委託を受けた居宅介護支援事業者が一部を実施することもあります。

- 地域包括支援センター職員等による状態把握**
地域包括支援センター職員等が居宅を訪れ利用者本人や家族に面接し、心身の状態や生活環境を把握し、抱えている問題点や解決すべき課題を分析します。
- ケアプランの原案の作成**
訪問により把握された状況をもとに目標を設定し、それを達成するためのケアプランの原案が作成されます。
- サービス担当者会議**
サービスを提供する専門職や利用者本人・家族も参加して、原案の支援メニューを検討します。
- 介護予防サービス計画の作成**
利用者・家族の同意のもとに、利用する介護予防サービスの種類を決定し、介護予防サービス計画（ケアプラン）が決定されます。
- 利用者の同意・ケアプランの交付**
計画の内容の説明を受けて確認します。介護予防サービス計画が利用者に交付されます。

介護予防サービス提供事業者と契約

ケアプランを自分で作ることもできます。
直接、在宅サービス事業所に申し込み、契約

事業者を選択するときの注意点

- ◎ 居宅介護支援事業者は各市町村担当窓口で紹介してもらえます。
- ◎ 居宅介護支援事業者やサービス事業者は、提供するサービスの内容や料金に違いがみられることがありますので、事業者のパンフレットや契約書などによって、内容の説明を受け、十分に理解した上で、納得した事業者を選ぶようにしましょう。
- ◎ 事業者の選択は、インターネット(ホームページ)を活用しましょう。
介護サービス情報の公表
<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/10/index.php>

注:利用者負担割合(額)については「P.4」を参照ください。

6 介護サービス・介護予防サービスの利用

- 介護サービス・介護予防サービスを利用したら、利用者負担額(注)を支払います。また、施設に入つた場合や日帰りで通うサービスを利用する場合は、利用者負担額の他に、食費や居住費などを支払います。

在宅サービスを利用したとき

要介護状態区分等に応じて、利用できるサービスの限度があります。利用限度を超えて利用することも可能ですが、超えた分の費用は、全額利用者の負担となります。

【サービスの利用限度と、限度いっぱいサービスを利用した場合の利用者負担額】

要介護状態区分等	利用限度額※ (1ヵ月)	利用者負担額※ (1割の場合)	福祉用具の購入 (1年間)	住宅改修
要支援1	50,320円	5,032円	10万円 (利用者負担額 1万円:1割の場合)	20万円 (利用者負担額 2万円:1割の場合)
要支援2	105,310円	10,531円		
要介護1	167,650円	16,765円		
要介護2	197,050円	19,705円		
要介護3	270,480円	27,048円		
要介護4	309,380円	30,938円		
要介護5	362,170円	36,217円		

〈※1単位＝10円で計算した場合〉

施設サービスを利用したとき

利用者負担額(注)に加えて、食費(材料費や調理費)、居住費(家賃や光熱水費)及び日常生活費(理美容代など)を自己負担します。

利用者負担額(注)を軽減する制度について(P.11)

利用者負担が重くなりすぎないように、1ヶ月に支払った利用者負担額が世帯合計(一部の区分では個人)で一定額(所得等に応じて定められた月額の上限額)を超えたときは、その超えた分が払い戻されます。払い戻しを受けるには市町村への申請が必要です。

食費と居住費を軽減する制度について(P.11)

所得の低い人などの施設利用が困難にならないよう、一定の要件に該当する人が介護保険施設及び短期入所サービス(ショートステイ)を利用したときの食費と居住費の負担限度額が定められています。制度の利用には、事前に市町村に申請して「負担限度額認定証」を発行してもらうことが必要です。

所得の低い人への利用者負担の軽減制度

※ 令和8年8月から適用

●利用者負担の軽減【高額介護(予防)サービス費】

利用者負担額の上限額(月額)は下の表のとおりです。

利用者負担段階区分	月額の上限額 ※ (高額介護サービス費の払い戻し後の額)
市町村民税非課税世帯で高齢福祉年金受給者、生活保護受給者	15,000円(世帯)
市町村民税非課税世帯で年金等収入が82.65万円以下等 ①	15,000円(個人)
市町村民税非課税世帯で①に該当しない方	24,600円(世帯)
市町村民税課税～課税所得380万円(年収約770万円)未満	44,400円(世帯)
課税所得380万円(年収770万円)～課税所得690万円 (年収1,160万円)未満	93,000円(世帯)
課税所得690万円(年収1,160万円)以上	140,100円(世帯)

※月額の上限額の「世帯」とは、住民基本台帳の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の合計の上限額を指し、「個人」とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。

●食費・居住費の負担軽減【補足給付(特定入所者介護(予防)サービス費)】

介護保険施設及び短期入所(ショートステイ)利用時の食費や居住費の1日当たり負担限度額は下の表のとおりです。

利用者負担段階区分	施設での 食費 【ショートステイ】	多床室			従来型個室		ユニット型 個室の 多床室	ユニット型 個室
		特養等	老健・医 療院(注)	老健・医 療院等	特養等	老健・医 療院等		
第1段階 市町村民税非課税世帯で高齢福祉 年金受給者生活保護受給者	300円 【300円】	0円	0円	0円	380円	550円	550円	880円
第2段階 市町村民税非課税世帯で年金等収 入が82.65万円以下等	390円 【600円】	430円	430円	430円	480円	550円	550円	880円
第3段階① 市町村民税非課税世帯で年金等収 入が82.65万円超120万円以下等	680円 【1,030円】	430円	430円	430円	880円	1,370円	1,370円	1,370円
第3段階② 市町村民税非課税世帯で年金等収 入が120万円以下超	1,420円 【1,360円】	530円	530円	430円	980円	1,470円	1,470円	1,470円
【参考】基準費用 (平均的な費用)	1,545円	915円	697円	437円	1,231円	1,728円	1,728円	2,066円

(注)「その他型」もしくは「療養型」の介護老人保健施設又は「Ⅱ型」の介護医療院における多床室の入所者(療養室の床面積が8㎡/人以上に限る。)が対象。

※利用者負担第2段階と第3段階(①・②)と区分する年金等収入には非課税年金(障害年金、遺族年金等)を含みます。

※世帯分離している配偶者が市町村民税課税の場合、もしくは預貯金等が一定額を超える場合は対象となりません。

第2段階	単身 650万円 夫婦 1,650万円
第3段階①	単身 550万円 夫婦 1,550万円
第3段階②	単身 500万円 夫婦 1,500万円

食費・居住費の負担軽減制度を利用するには

事前に市町村に申請して「負担限度額認定証」を発行してもらうことが必要です。「負担限度額認定証」を、利用する施設に提示した場合に、上の表の食費・居住費の「負担限度額」の範囲内の金額で利用ができます。

注:利用者負担割合(額)については「P.4」を参照ください。

●その他の利用者負担対策

社会福祉法人等による利用者負担の軽減

低所得等の一定基準を満たす人が、県・市町村に当該事業の実施申出をした社会福祉法人等が提供する介護保険サービスを利用した場合、利用者負担が減額されます。

【軽減対象者】 要介護(要支援)と認定された人からの申請に基づき、市町村が低所得であると認定した人。
軽減対象者と認定されると、市町村から「利用者負担軽減確認証」が交付されます。

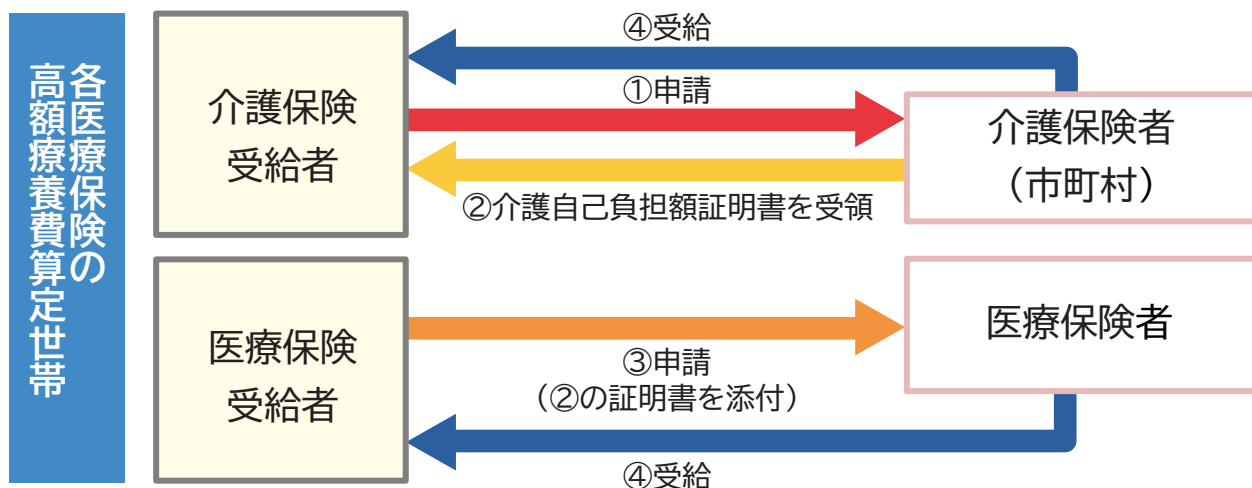
【軽減対象サービス】 訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、特別養護老人ホーム等
【軽減対象】 利用者負担額、食費、居住費(滞在費)及び宿泊費 ※生活保護受給者は、個室の居住費(滞在費)のみです。

介護保険と医療保険の利用者負担が高額になったとき

1年間(毎年8月1日～翌7月31日)の介護保険と各医療保険の両方の自己負担額が著しく高額となった場合に、申請に基づき一定の自己負担限度額を超える部分について払い戻しを行う制度です。

〈払戻し手続きの流れ〉

市町村が交付する自己負担額証明書を添えて、加入する医療保険者に申請します。



〈自己負担限度額〉

所得区分		75歳以上の者がいる世帯	70～74歳の者がいる世帯	国民健康保険における所得区分	70歳未満の者がいる世帯
		後期高齢者医療制度 + 介護保険	被用者保険または国民健康保険 + 介護保険		被用者保険または国民健康保険 + 介護保険
現役並み所得者	課税所得 690万円以上	212万円	212万円	901万円超	212万円
	課税所得 380万円以上	141万円	141万円	600万円超～901万円以下	141万円
	課税所得 145万円以上	67万円	67万円	210万円超～600万円以下	67万円
一般		56万円	56万円	210万円以下	56万円
低所得者 (住民税非課税世帯)	Ⅱ (Ⅰ以外)	31万円	31万円	住民税非課税世帯	34万円
	Ⅰ (年金収入 82.65万円以下等)	19万円	19万円		