

# 介護サービス 利用の流れ

病気や体の衰えなどにより介護や支援が必要になったら、介護保険サービスの利用を検討しましょう。必要な支援の度合いによって、利用できるサービスは異なります。

## 相談する

地域包括支援センター(担当地区があります。裏表紙をご覧ください)・介護保険課で、相談の目的を伝えます。希望するサービスがあればその旨を伝えます。



認定

## 要介護認定を受ける

申請から認定までの手順 ▶ 右ページ参照

## 基本チェックリストを受ける

基本チェックリストは、25の質問項目で日常生活に必要な機能が低下していないかを調べます。

## 認定

### 高 介護が必要な度合い 低

要介護度

要介護5  
要介護4  
要介護3  
要介護2  
要介護1

要支援2  
要支援1

非該当

生活機能の低下がみられた人  
(事業対象者)  
※事業対象者とは「介護予防・生活支援サービス事業」の対象者のことです。

自立した生活  
が送れる人

## 介護サービス

(居宅サービス  
または 施設サービス)

を利用できます。

ケアマネジャーと相談しながらケアプランを作成し、サービスを利用します。



## 介護予防サービス

を利用できます。

地域包括支援センターの職員と相談しながら介護予防ケアプランを作成し、サービスを利用します。



## 介護予防・生活支援サービス事業

を利用できます。



## 一般介護予防事業

を利用できます。

(65歳以上のすべての人が利用可能)



●要支援1・2と判定された人は「介護予防サービス」と「介護予防・生活支援サービス事業」の利用が可能です。

# 要介護認定の手順

介護保険サービスを利用するときは「要介護認定」を受ける必要があります。

## 要介護認定の申請

申請の窓口は介護保険課です。  
申請は、本人や家族などのほかに、担当地区の地域包括支援センター・居宅介護支援事業所、介護保険施設に代行してもらうことができます。



### 申請に必要なもの

- 申請書  
介護保険課の窓口にあります。
- 介護保険被保険者証
- 医療保険被保険者証  
40～64歳の人の場合は写しを添付
- マイナンバーと身元確認書類

## 要介護認定 (調査～判定)

申請をすると、訪問調査のあとに公平な審査・判定が行われ、介護や支援が必要な度合い(要介護度)が決まります。



- 認定調査  
介護認定調査員が自宅などを訪問し、心身の状態などについて聞き取る。
- 主治医の意見書  
市区町村の依頼により主治医が意見書を作成。  
※主治医がいない人は市区町村が紹介する医師の診断を受ける。
- 一次判定  
認定調査の結果や、主治医の意見書の一部の項目をコンピュータに入力し、全国一律の基準による一次判定を行う。
- 二次判定(認定審査)  
一次判定の結果と認定調査票、主治医の意見書などをもとに、専門家で構成する介護認定審査会で審査し、要介護状態区分の判定が行われます。

## 認定結果の通知

原則として申請から30日以内に、市から認定結果が通知されます。

高 介護が必要な度合い 低

要  
介  
護  
度

要  
介  
護  
5  
要  
介  
護  
4  
要  
介  
護  
3  
要  
介  
護  
2  
要  
介  
護  
1

要  
支  
援  
2  
要  
支  
援  
1

非  
該  
当

## 更新または 変更

引き続きサービスを利用したい場合は、有効期間満了前に更新の申請をしてください。また、介護の状況に変化があった場合は、変更の申請をしてください。



# ケアプランの作成と費用の計算例

介護保険のサービスを利用するためには、サービス計画（ケアプラン）を作成する必要あり。介護支援専門員（ケアマネジャー）に依頼し、利用するサービスなどを検討・相談して、当者のケアプランは地域包括支援センターの職員が作成します（介護予防支援）。な



ケアプランを作成する

## 介護サービス・介護予防サービスの利用について相談する

### 要介護 1~5 居宅介護支援

ケアマネジャーにケアプランを作成してもらい、安心して介護サービスを利用できるように支援してもらいます。



### 要支援 1-2 介護予防支援

地域包括支援センターの職員に介護予防ケアプランを作成してもらい、安心して介護予防サービスを利用できるように支援してもらいます。



ケアプランの作成および相談は無料です。（全額を介護保険で負担します）

※小規模多機能型居宅介護を利用する場合や施設に入所する場合は、事業者または施設にいる専属のケアマネジャーにケアプランを作成してもらいます。

## ケアプランの作成例（要介護2の人の例）

状態・要望

・夫婦二人暮らし ・脳梗塞で倒れ、退院して間もない ・歩行が不安定  
・足の筋力を回復させ、一人で自宅のお風呂に入れるようになりたい

	月	火	水	木	金	土	日
午前	通所 リハビリ (デイケア)		訪問介護 (入浴介助)		通所 リハビリ (デイケア)	訪問介護 (入浴介助)	
午後							

週単位以外のサービス

● 福祉用具貸与で4点杖、手すりを借りる ● おむつ券（特別給付）の利用

## 納得のいくケアプランのため

ケアプランは生活の設計図。目標の達成につながるサービスを組み込むことが大切です。「担当のケアマネジャーさんにすべてお任せ」ではなく、目標やどんな生活を送りたいかをケアマネジャーに積極的に伝えましょう。

サービス利用開始から一定期間後、目標が達成されているか評価します。サービス利用の途中でも「自分の生活に合わない」「改善が見られない」という場合は、ケアプランの見直しができますので、遠慮なくケアマネジャーに相談してください。





があります。要介護1～5の人のケアプランは居宅介護支援事業所の決定します(居宅介護支援)。要支援1・2の人、基本チェックリスト該当、ケアプラン作成にかかる自己負担はありません。

## ●「要介護2」と認定された人の1カ月のサービス費用の計算例

区 分		サービス費用	自己負担額 (1割負担の場合)
介護保険給付適用分	訪問介護 [身体介護中心](30分以上1時間未満)	4,292円×2回×4週=34,336円	3,435円
	通所リハビリテーション (5～6時間) 加算(入浴II)	7,813円×2回×4週=62,504円 639円×2回×4週=5,112円 (小計) 67,616円	6,763円
	福祉用具貸与 4点杖 手すり ※事業所や機種により異なります。	1,500円×1品=1,500円 5,000円×1品=5,000円 (小計) 6,500円	650円
	小 計	108,452円	10,848円
適用外 (全額自己負担分)	通所リハビリテーション (食費)	500円×2回×4週=4,000円	4,000円
	小 計	4,000円	4,000円
		<b>自己負担額合計</b>	<b>14,848円</b>

1カ月の自己負担の合計は**14,848円**になります。介護保険給付適用分は、**108,452円**で、要介護2の支給限度額(197,050円程度)内に収まっています。



※計算例のサービス費用は全ておよその金額です。

## ●居宅サービス費のめやす

介護保険のサービスは、利用料の1～3割を支払うことで利用できますが、要介護度ごとに1カ月に1～3割負担で利用できる金額に上限(支給限度額)が設けられています(下表)。限度額を超えてサービスを利用した分は全額自己負担になります。

### ■介護保険サービスの支給限度額(1カ月)のめやす

要介護度	支給限度額
事業対象者・要支援1	50,320円程度 (5,032単位)
要支援2	105,310円程度 (10,531単位)
要介護1	167,650円程度 (16,765単位)
要介護2	197,050円程度 (19,705単位)
要介護3	270,480円程度 (27,048単位)
要介護4	309,380円程度 (30,938単位)
要介護5	362,170円程度 (36,217単位)

**例** 要介護1(1割負担)の方が、175,000円分のサービスを利用した場合の自己負担額は

←実際に利用した金額 175,000円→

←支給限度額 167,650円→

1割負担 16,765円 + 支給限度額を超えた分 7,350円 = 利用者負担額 24,115円

### ■支給限度額に含まれないサービス

- ・特定福祉用具購入
- ・居宅介護住宅改修
- ・特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型、短期利用を除く)
- ・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用を除く)
- ・認知症対応型共同生活介護(短期利用を除く)
- ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ・介護予防サービスについても同様です。