

すこやか家族の

平成30年度
法改正対応版

介護保険ガイド



もくじ

- 介護保険制度改正のお知らせ …… 2
- 介護保険制度のしくみ …… 4
- 利用者負担について …… 18
- 介護保険料について …… 6
- 利用できるサービス …… 22
- サービスを利用するには …… 10
- 地域包括支援センターのご案内 …… 32

指 宿 市

介護保険制度改正のお知らせ

平成29年度から平成30年度にかけて実施される、介護保険制度の主な改正についてお知らせいたします。

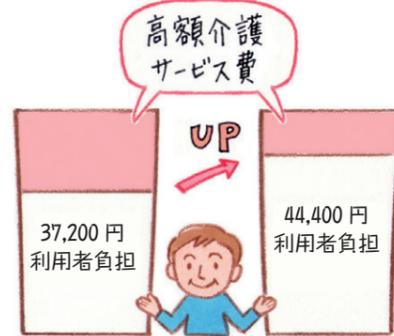
平成29年8月から

●高額介護サービス費の利用者負担の上限額が変更になりました

介護サービスの利用者負担額が高額となり、一定額(上限額)を超えた場合には「高額介護サービス費」として、超えた分があとから支給されます。

この高額介護サービス費の利用者負担の上限額が、所得区分が「一般」の方については、37,200円から44,400円に引き上げられました。

(→ 19 ページ参照)



●第2号被保険者の保険料に、一部「総報酬割」が導入されました

第2号被保険者のうち職場の医療保険に加入している方の保険料の計算方法が、「加入者数に応じた負担」から「報酬額に比例した負担」に段階的に変更されます。

(→ 8 ページ参照)



平成30年4月から

●「介護医療院」が新たに創設されました

介護保険施設に、新たに「介護医療院」が創設されることになりました。これは主に、長期療養が必要な要介護者の介護や機能訓練を行うことを目的に作られるものです。

また、「介護療養型医療施設」(療養病床等)は平成30年3月で廃止される予定でしたが、廃止期限が6年間延長されました。

(→ 27 ページ参照)



平成30年8月から

●65歳以上で、所得が高い方の介護サービス利用料の負担が3割になります

合計所得金額が220万円以上の方で、同一世帯の第1号被保険者の年金収入とその他の合計所得金額が単身で340万円以上、2人以上世帯で463万円以上の方は、利用者負担が3割になります。(→ 18 ページ参照)

平成30年8月から

●高額医療合算介護サービス費の利用者負担限度額が変更になります

同じ世帯内で、医療保険と介護保険の利用者負担額がいずれも高額になった場合、両者を合算して年間の限度額を超えた場合には「高額医療合算介護サービス費」として、あとから支給されます。この利用者負担限度額と所得区分が70歳以上の方について、下記のように変更になります。

(→ 19 ページ参照)



《平成30年7月まで》

区分(年収)	限度額
課税所得145万円以上	67万円
課税所得145万円未満	56万円
住民税非課税世帯	31万円
住民税非課税世帯(年金収入80万円以下)	19万円

《平成30年8月から》

区分(年収)	限度額
課税所得690万円以上	212万円
課税所得380万円以上690万円未満	141万円
課税所得145万円以上380万円未満	67万円
課税所得145万円未満	56万円
住民税非課税世帯	31万円
住民税非課税世帯(年金収入80万円以下)	19万円

そのほかの改正について

平成30年4月から

ひとつの事業所で、介護保険サービスと障害福祉サービスが受けやすくなる「共生型サービス」がはじまりました。(→ 26 ページ参照)

平成30年10月から

福祉用具貸与の価格の適正化のため、商品ごとの平均貸与価格が公表され、貸与価格の上限が設けられます。



介護保険制度のしくみ

介護を社会全体で支え合う制度です

みなさんがいつまでも住みなれたまちで安心して暮らせるためのしくみ。それが、市区町村が運営する介護保険です。40歳以上のみなさんが加入者(被保険者)となって保険料を出し合い、必要に応じて介護サービスが利用できる制度です。

加入する方

40歳以上の方は、お住まいの市区町村が運営する介護保険の加入者となります。年齢ごとに、65歳以上の方は第1号被保険者、40歳から64歳までの方は第2号被保険者となります。

65歳以上の方



第1号被保険者

40歳から64歳までの方



第2号被保険者

介護保険証と介護保険負担割合証

介護保険証

介護保険の保険証(介護保険被保険者証)は、被保険者一人に一枚交付されます。介護サービスを利用するときや、ケアプランの作成を依頼するときに必要なので、大切に保管してください。

- 65歳以上の方
65歳に到達する月にすべての方に交付されます。
- 40歳から64歳までの方
要支援・要介護と認定された方に交付されます。



介護保険負担割合証

介護保険負担割合証には、介護サービスを利用したときに支払う利用者負担の割合が記載されています。介護保険で、要支援・要介護またはサービス事業対象者と認定された方に交付されますので、サービスを利用するときには、保険証と一緒に提示してください。



加入者のみなさん(被保険者)

65歳以上の方 (第1号被保険者)

サービスを利用できる方

市区町村に「介護が必要」と認定された方



※介護が必要になった原因が、どんな病気やけがかは問われません

40歳から64歳までの方 (第2号被保険者)

サービスを利用できる方

老化が原因とされる**特定疾病***が原因で、介護が必要であると認定された方



※特定疾病以外の原因の場合は、介護保険の対象にはなりません

*特定疾病には以下の16種類が定められています。

- 筋萎縮性側索硬化症 ●後縦靭帯骨化症 ●骨折を伴う骨粗鬆症
- 多系統萎縮症 ●初老期における認知症 ●脊髄小脳変性症 ●脊柱管狭窄症 ●早老症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症 ●脳血管疾患
- パーキンソン病関連疾患 ●閉塞性動脈硬化症 ●関節リウマチ ●慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 ●がん末期

要介護認定の申請
保険料の納付

被保険者証の交付
要介護認定
負担割合証の交付

一定以上所得者は
2割
(平成30年8月から特に
所得の高い方は3割)

利用者負担の
支払い(1割)

介護サービスの
提供

指宿市(保険者)

- ※介護保険制度を運営します。
- ※保険料を徴収し、被保険者証を交付します。
- ※要介護認定を行います。
- ※介護予防・相談などのための「地域支援事業」を実施します。



地域包括支援センター

- ※総合相談支援業務
- ※介護予防ケアマネジメント
- ※権利擁護業務
- ※ケアマネジャーの指導・支援など

介護報酬の請求

介護報酬の支払い

サービス事業者

- ※行政の指定を受けた社会福祉法人、医療法人、民間企業、非営利組織などの団体。
- ※在宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスなどを提供します。
- ※事業者の指定は6年ごとの更新制です。



介護保険料について

みんなで制度を支え合う、大切な財源です

65歳以上の方(第1号被保険者)の保険料

市区町村の介護保険の運営にかかる費用の総額(利用者負担分を除く)のうち、第1号被保険者が負担する割合(介護保険給付費総額の23%)に応じて基準額が決まります。



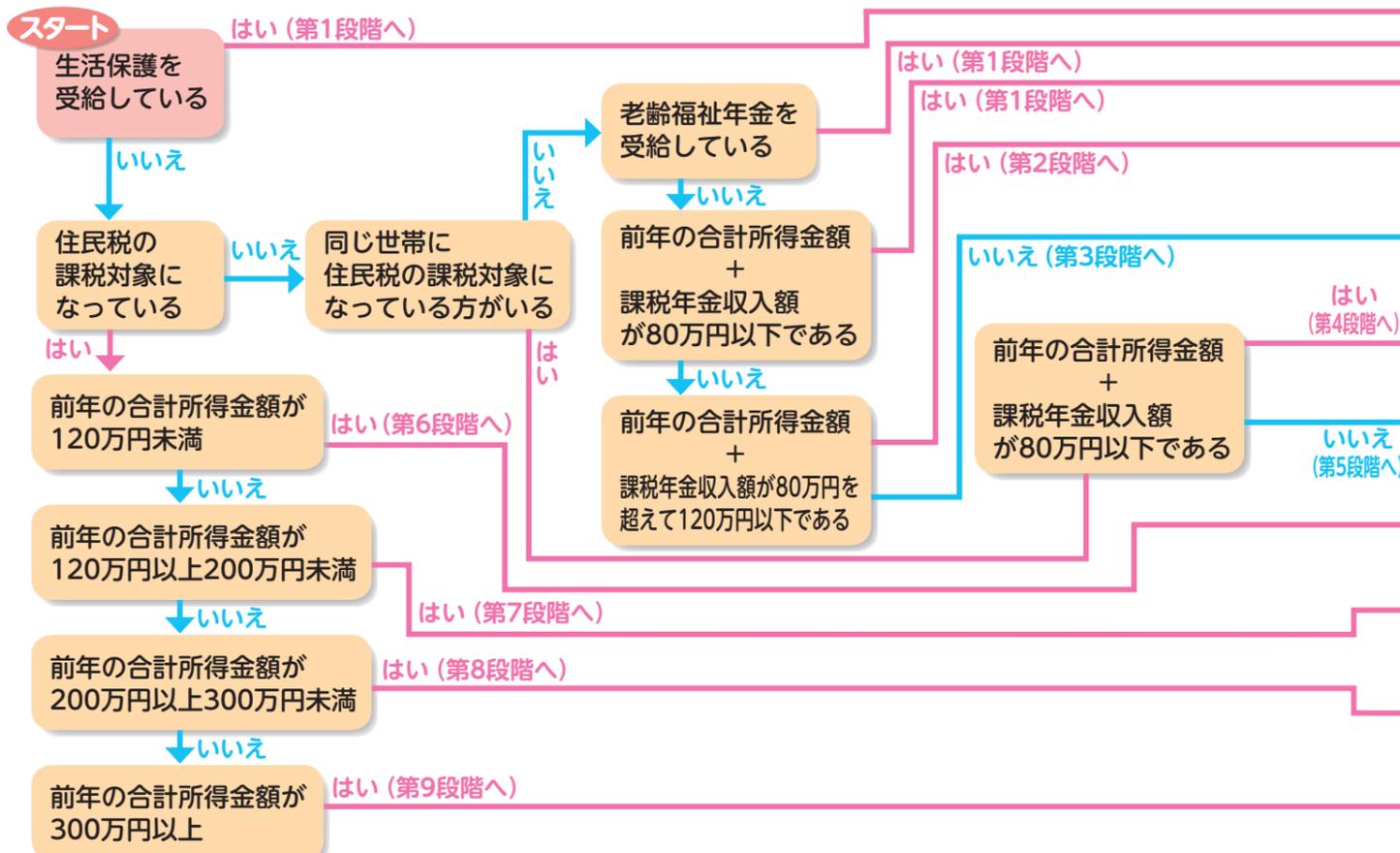
決め方

基準額をもとに算出します。所得の低い方に負担がかかり過ぎないように、所得に応じて保険料が決まります。保険料は3年ごとに見直されるようになっています。

保険料基準額
72,000円
(年額)

指宿市の介護保険にかかる費用のうち
第1号被保険者負担分
指宿市の第1号被保険者数

《あなたの介護保険料をチェックしてみましょう》



納め方

原則として、保険料は年金から納めます(特別徴収)。年金の額により、納め方は2種類に分かれます。ちなみに、第1号被保険者として保険料を納めるのは、65歳になった月(65歳の誕生日の前日のある月)の分からとなります。

年金が年額18万円以上の方 (月額1万5,000円以上の方)

特別徴収で納めます

年金の定期払い(年6回)の際に、介護保険料があらかじめ差し引かれます。4・6・8月は前年度2月分と同じ保険料額を納めます(仮徴収)。10・12・2月は、前年の所得などをもとに算出された保険料から、仮徴収分を除いた額を振り分けて納めます。(本徴収)
※老齢福祉年金は対象となりません。

次の場合は普通徴収(納入通知書での支払い)となります

- 年度の途中で65歳になったとき
- 年度の途中で他の市区町村から転入したとき
- 年度の途中で所得段階の区分が変更となったとき など

年金が年額18万円未満の方 (月額1万5,000円未満の方)

普通徴収で納めます

送付される納入通知書に基づき、市区町村に個別に介護保険料を納めます。納入通知書の納期にしたがって納めます。**納め忘れない口座振替が便利で確実です。**

以下をご持参の上、納入通知書に記載の金融機関の窓口でお申し込みください。

- 納入通知書
- 預(貯)金通帳
- 通帳の届け出印



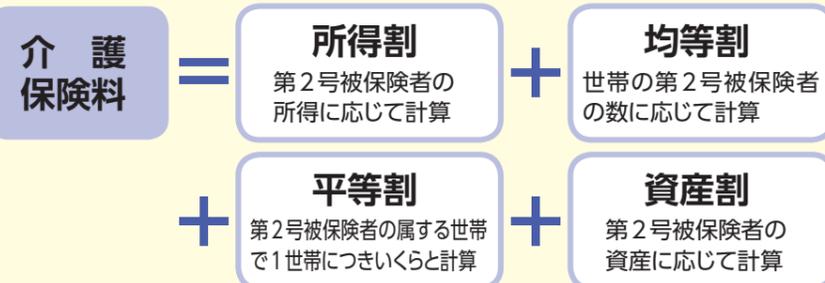
所得段階	対象者	計算方法
第1段階	・生活保護を受給している方 ・老齢福祉年金の受給者であって本人および世帯全員が住民税非課税の方 または前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の方	基準額×0.45
第2段階	・本人および世帯全員が住民税非課税で、 前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円超120万円以下の方	基準額×0.7
第3段階	・本人および世帯全員が住民税非課税で、 前年の合計所得金額+課税年金収入額が120万円超の方	基準額×0.75
第4段階	・本人が住民税非課税で、世帯のどなたかに住民税が課税されており、 前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円以下の方	基準額×0.9
第5段階	・本人が住民税非課税で、世帯のどなたかに住民税が課税されており、 前年の合計所得金額+課税年金収入額が80万円超の方	基準額 (72,000円)
第6段階	・本人が住民税課税で、 前年の合計所得金額が120万円未満の方	基準額×1.2
第7段階	・本人が住民税課税で、 前年の合計所得金額が120万円以上200万円未満の方	基準額×1.3
第8段階	・本人が住民税課税で、 前年の合計所得金額が200万円以上300万円未満の方	基準額×1.5
第9段階	・本人が住民税課税で、前年の合計所得金額が300万円以上の方	基準額×1.7

40歳から64歳までの方(第2号被保険者)の保険料

加入している医療保険(国民健康保険や健康保険など)の保険料算定方法に基づいて決められ、医療保険の保険料と合わせて納めます。

国民健康保険に加入している方の場合

決め方 国民健康保険税の算定方法と同じく、世帯ごとに決まります。



※介護保険料と国民健康保険税の課税限度額は別々に決められます。
 ※保険料と同額の国庫からの負担があります。
 ※詳しい内容は税務課保険税係窓口にご確認ください。

納め方 医療保険分と介護保険分を合わせて、国民健康保険税として世帯主が納めます。



職場の医療保険に加入している方の場合

決め方 医療保険ごとに設定される介護保険料率と給与(標準報酬月額)および賞与(標準賞与額)に応じて決まります。



※原則として事業主が半分を負担し、半分を被保険者本人が負担します。

納め方 医療保険分と介護保険分を合わせて、給与および賞与から徴収(天引き)されます。

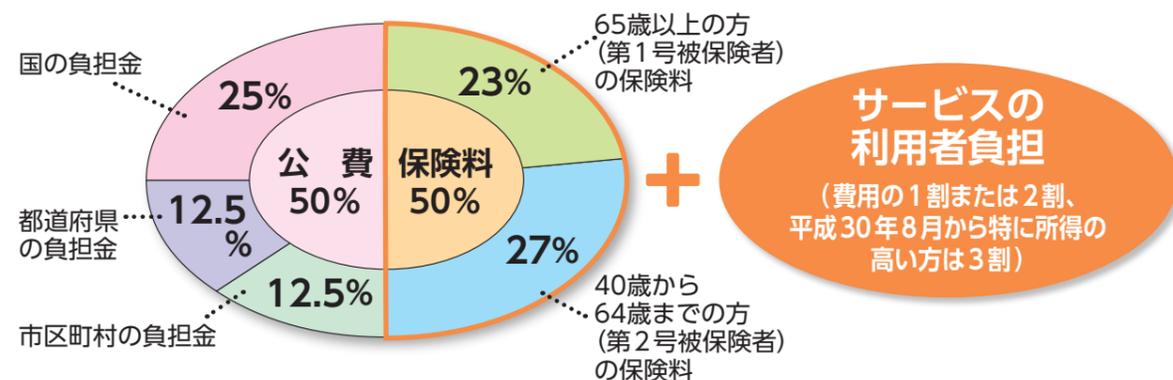


ここが変わりました

第2号被保険者の保険料は、これまで加入者数に応じて決められていましたが、職場の健康保険(被用者保険)の加入者に限り、加入者の総報酬額に応じて決める「総報酬割」が、段階的に導入されます。平成29年8月からは保険料全体の1/2を総報酬割の対象とし、平成31年4月からは全体の3/4、平成32年4月以降は全面的に導入されることになります。

介護保険の財源

保険料は私たちのまちの介護保険を運営していく大切な財源です。下のグラフのように、40歳以上の方が納める保険料と、国や都道府県・市区町村の負担金、そして利用者負担からなっています。これらの貴重な財源は、みなさんが受ける介護サービスに対する保険給付費にあてられます。



保険料を納めないでいると…

滞納していた期間に応じて次のような措置がとられます。

1年以上滞納すると…

- 費用の全額を利用者がいったん自己負担し、その後、利用者からの申請により保険給付分(費用の9割または8割。平成30年8月から特に所得の高い方は7割)が支払われます。

▼ [被保険者証に記載されます]



1年6か月以上滞納すると…

- 費用の全額を利用者が負担し、申請後も保険給付の一部または全部が一時的に差し止めとなります。

2年以上滞納すると…

利用者負担が3割(平成30年8月から特に所得の高い方は4割)に引き上げられたり、高額介護サービス費(19ページ参照)等が受けられなくなったりします。

[被保険者証に記載されます]



こんなときは保険料の減免申請をしましょう!

自然災害や事故、火災などに遭遇したり、世帯の生計を維持する方が死亡または心身に重大な障害を生じて収入が著しく減少したりした場合などは、申請により保険料が減免または、猶予されることがあります。

介護保険料の支払いが困難な場合には、税務課収納対策室窓口までお申し出ください。

サービスを利用するには

介護(介護予防)サービス利用までの流れ

介護(介護予防)が必要になった方は、指宿市に申請し、「介護や支援が必要な状態である」という認定を受ける必要があります。「介護が必要な状態かどうか」「どのくらいの介護が必要であるか」といった認定結果は、訪問調査や審査・判定などを経て、申請から原則30日以内に通知されます。

申請をする

(12 ページ参照)

本人または家族等により、指宿市の窓口にて「要介護・要支援認定」の申請をします。



要介護・要支援認定の流れ

(13 ページ参照)

心身の状態などを調べます

訪問調査

指宿市の調査員等が、心身の状態を調べるために訪問し、本人や家族などに聞き取り調査などをします。

主治医の意見書

指宿市からの依頼により、主治医が意見書を作成します。

判定・審査・認定を行います

コンピュータ判定(一次判定)

調査したデータを入力して行います。

介護認定審査会(二次判定)

訪問調査の結果と主治医の意見書をもとに、介護認定審査会が審査・判定します。

認定

(14 ページ参照)

審査結果に基づき、介護が必要な度合い(要介護状態区分)を指宿市が認定します。

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

非該当(自立)

認定結果を通知します

(14 ページ参照)

認定結果は、原則として申請から30日以内に、指宿市から通知されます。要支援または要介護と認定された方には「負担割合証」が交付されます。



ケアプランを作る

(介護サービス計画)

(16・17 ページ参照)

居宅介護支援事業者や地域包括支援センターへ依頼して、本人や家族の意見をふまえた介護(介護予防)サービス計画を作ります。



利用可能なサービスを選ぶ

要支援1・2の方 (22 ページ参照)

身体機能を維持・改善するための「介護予防サービス」と「介護予防・日常生活支援総合事業」が利用できます。

要介護1~5の方 (22 ページ参照)

在宅や施設での「介護サービス」が利用できます。

非該当(自立)の方 (30 ページ参照)

介護保険のサービスは利用できませんが、「基本チェックリスト」により生活機能の低下が見られると判断された場合は、指宿市が行う「介護予防・日常生活支援総合事業」を利用できます。

サービスを利用する

(18 ページ参照)

ケアプラン(介護[介護予防]サービス計画)に基づいてサービスを利用します。利用に際しては、原則として費用の1割(もしくは2割、平成30年8月から特に所得の高い方は3割)が自己負担となります。



更新

(15 ページ参照)

要介護・要支援認定には、有効期間があります。サービスの利用を継続したい場合は、有効期間が終了する前に、更新の申請が必要です。

※認定の有効期間は原則12か月となります。

① 要介護・要支援認定の申請

介護が必要になったら、まず「申請」をします

介護サービスを利用するためには、「要介護・要支援認定」の申請が必要です。まずは指宿市の窓口で申請の手続きをしてください。本人または家族が申請する以外に、**成年後見人**、**地域包括支援センター***や**居宅介護支援事業者**、**介護保険施設**などに代行してもらうこともできます。

*地域包括支援センターについては32ページを参照ください。

申請に必要なもの

- 要介護・要支援認定申請書 (担当窓口にあります)
- 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
必要となります。
- マイナンバーと
本人確認ができるもの



Q 申請後、認定結果が通知されるまでの間でも介護サービスを利用できますか？

A はい。申請後、認定結果が通知されるまでの間でも、「**暫定ケアプラン**」を作成して届けを出すことで、1割 (もしくは2割、平成30年8月から特に所得の高い方は3割) の利用者負担で介護サービスを利用できます。ただし、認定の結果「**非該当(自立)**」となった場合は、**全額自己負担**となります。



用語解説

【居宅介護支援事業者】

都道府県の登録を受けたケアマネジャー (介護支援専門員) がいる機関・団体です。利用者のみなさんとサービス事業者との連絡・調整などを行い、要介護認定申請の代行や介護サービス計画の作成を依頼するときの窓口となります。

【ケアマネジャー】

みなさんが介護サービスを利用する際、心身の状態に合った「適切なサービス」を利用するための介護サービス計画 (ケアプラン) を作成する「幅広い介護の知識を持った専門家」です。サービス事業者への連絡・手配のほか、介護を必要とする本人や家族の相談に応じたり、アドバイスをしてくれたりします。

② 訪問調査と審査・判定

介護の必要度を調査し、審査・判定します

訪問調査と一次判定

指宿市の調査員や指宿市から委託された事業所の調査員 (ケアマネジャー等) が訪問し、本人や家族から、心身の状況等について聞き取り調査などを行います。全国共通の調査票を用いて、概況調査、基本調査、特記事項の記入により行われます。

調査票の結果はコンピュータで処理され、「どれくらいの介護サービスが必要か」の指標となる「**要介護状態区分**」が示されます。

基本調査項目

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻痺 (まひ) 等 | <input type="checkbox"/> 片足での立位 | <input type="checkbox"/> 排尿・排便 | <input type="checkbox"/> 金銭の管理 |
| <input type="checkbox"/> 拘縮 (関節の動く範囲の制限) | <input type="checkbox"/> 洗身・つめ切り | <input type="checkbox"/> 口腔清潔・洗顔・整髪 | <input type="checkbox"/> 日常の意思決定 |
| <input type="checkbox"/> 寝返り | <input type="checkbox"/> 視力 | <input type="checkbox"/> 衣服着脱 | <input type="checkbox"/> 集団への不適応 |
| <input type="checkbox"/> 起き上がり | <input type="checkbox"/> 聴力 | <input type="checkbox"/> 外出頻度 | <input type="checkbox"/> 買い物 |
| <input type="checkbox"/> 座位保持 | <input type="checkbox"/> 移乗 (いす等へ乗り移り) | <input type="checkbox"/> 意思の伝達 | <input type="checkbox"/> 簡単な調理 |
| <input type="checkbox"/> 両足での立位保持 | <input type="checkbox"/> 移動 | <input type="checkbox"/> 記憶・理解 | <input type="checkbox"/> 過去14日間に受けた医療 |
| <input type="checkbox"/> 歩行 | <input type="checkbox"/> えん下 (食物の飲み込み) | <input type="checkbox"/> 精神・行動障害 | <input type="checkbox"/> 日常生活自立度 |
| <input type="checkbox"/> 立ち上がり | <input type="checkbox"/> 食事摂取 | <input type="checkbox"/> 薬の内服 | |

審査・判定 (二次判定)

コンピュータ判定の結果と、訪問調査による特記事項や主治医の意見書をもとに、「**介護認定審査会**」で審査を行い、「どのくらいの介護が必要か (要介護状態区分)」を判定します。



コンピュータ判定 (一次判定)

公平な判定を行うため、訪問調査の結果をコンピュータ処理します。

特記事項

「訪問調査票では盛り込めない事項など」について、調査員が記入します。

主治医の意見書

心身の状況等について主治医が意見書を作成します。

介護認定審査会が判定 (二次判定)

非該当(自立)

要支援1・2

要介護1~5

③ 認定結果の通知

必要な介護の度合いが認定され、指宿市から通知されます

介護認定審査会の審査結果に基づき、介護保険の対象とならない「非該当(自立)」、介護予防が必要な「要支援1・2」、介護が必要な「要介護1～5」の区分に分けて認定が行われ、要介護状態区分や認定の有効期間などが記載された**認定結果通知書**と**介護保険証**、**介護保険負担割合証**が届きます。



要介護状態区分	受けられるサービス	サービスの内容	参照
要支援1 要支援2	介護保険の 介護予防 サービス (予防給付) 介護予防・ 日常生活支援 総合事業	要介護状態が軽く、心身機能が改善する可能性が高い方などに提供するサービスです。	手続きは 16 ページへ サービスは 22 ページへ
要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	介護保険の 介護サービス (介護給付)	介護の必要性が高い方を対象に、住みなれたまちや家で自立した生活が送れるよう支援するため、状態の改善・悪化防止を目的に提供するサービスです。	手続きは 16 ページへ サービスは 22 ページへ
非該当(自立)	介護予防・ 日常生活支援 総合事業	介護保険のサービスは利用できませんが、生活機能の低下している方や、将来的に介護が必要となる可能性が高い方が受けられるサービスです。	手続きは 16 ページへ サービスは 30～32 ページへ

要介護・要支援認定の更新手続きについて

初回認定の有効期間は、原則、申請日から6か月となります。

※月途中の申請の場合、その月の月末までの期間プラス6か月となります。

要介護・要支援認定には有効期間があります。状態に応じて3か月～36か月と異なりますが、**初回認定後の有効期間は原則6か月**です。介護サービスを引き続き利用したい場合は、有効期間満了日の60日前から満了日までの間に、指宿市の窓口で更新の手続きをしてください。更新の申請をすると、あらためて調査・審査、認定が行われます。**更新後の有効期間は、原則12か月**となります。

例 初回認定の有効期間と更新の時期



Q 要介護・要支援認定後に引越した場合、再度、申請し直さなければなりませんか？

A いいえ、その必要はありません。引越し先でも、以前認定された要介護度に基づいたサービスが受けられます。転出の際、指宿市の窓口にて「**受給資格証明書**」を受け取り、転入後14日以内に、引越し先の市区町村介護保険担当窓口へ提出してください。

Q 要介護・要支援認定の有効期間内に、心身の状態が変化した場合、どうなるのでしょうか？

A 有効期間内に心身の状態が変化し、認定された要介護状態区分に当てはまらなくなったときには、指宿市の窓口にて区分の変更を申請してください。手続きの方法は、初回と同じです。