

サービス利用の手続き

- 介護保険のサービスの利用にあたっては、各区市町村に要介護（要支援）認定を申請し、認定を受けた後、介護支援専門員（ケアマネジャー）等と相談して作成するケアプランに基づき、サービスを利用します。
- なお、介護予防・日常生活支援総合事業において、区市町村の相談窓口で基本チェックリストを受けていただき、一定の基準に該当する場合に、訪問型サービス・通所型サービス等をご利用いただくことが可能です。

1 申請

- 本人や家族が、直接、区市町村へ申請します。

【65 歳以上の方】

→介護が必要になった原因を問わず、給付対象となります。

【40 ～ 64 歳の医療保険に加入する方】

→下に掲げる特定疾病が原因で介護が必要になった場合に給付の対象となります。



①がん（末期） ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靱帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗しょう症 ⑥初老期における認知症 ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬脳血管疾患 ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患 ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

2 要介護（要支援）認定

- 介護や支援の必要な度合いを判定します。

① 訪問調査

申請後、認定調査員が家庭、施設等を訪問し、心身の状態や日常生活の状況等について聞き取り調査を行います。

② 一次判定

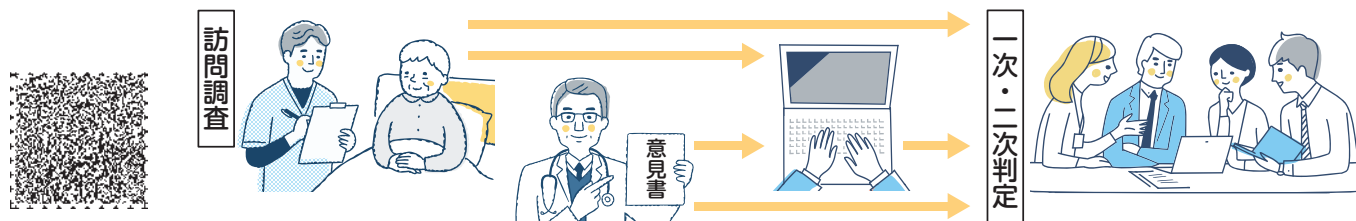
訪問調査の結果と主治医意見書の内容の一部をコンピューター処理し、得られたデータをもとに、保健・医療・福祉の専門家による介護認定審査会が一次判定を修正・確定します。

③ 二次判定

一次判定の結果と主治医意見書をもとに、介護認定審査会が総合的に判断して、二次判定を行います。

④ 結果の通知

二次判定の結果に基づき、区市町村が要介護（要支援）認定区分等を決定し、申請者に通知します。



3 ケアプランの作成

- 介護保険のサービスを利用するときは、自立した日常生活を送るため、必要性に応じてサービスを組み合わせたケアプランを介護支援専門員（ケアマネジャー）とともに作成します。

【要介護 1～5 と認定された方】

ケアプランは、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに作成を依頼することができます。自分で作成することも可能です。

【要支援 1・2 と認定された方】

ケアプランは、地域包括支援センター（※ 21 ページ参照）のほか、区市町村から指定を受けた居宅介護支援事業所に作成を依頼することができます。自分で作成することも可能です。

- 要介護（要支援）認定の区分によって、介護保険で利用できるサービス費用の上限（支給限度基準額※ 10 ページ参照）は異なります。
- 施設に入所する場合は、入所を希望する施設へ申し込み、入所した施設でケアプランを作成します。



4 サービスの利用

- ケアプランに基づいて、サービス提供事業者や介護保険施設と契約を結び、サービスを利用します。
- 契約時に、サービス時間、料金、内容、キャンセル時の取扱い、苦情への対応などを確認しましょう。
- サービスにかかる費用の 1 割（一定以上所得者の場合は 2 割又は 3 割）は利用者負担となります。ただし、支給限度基準額を超えた利用部分は、全額利用者負担となります（※サービス利用時の利用者負担については、10 ページ参照）。
- 要介護（要支援）認定で非該当と認定された方でも、地域支援事業で生活機能を維持するためのサービスを利用できる場合があります。最寄りの地域包括支援センターにご相談ください。

サービスの利用を目標にせず、サービスを利用して自分らしい生活を作っていくことを目標にしましょう。

