3 介護保険

介護保険制度とは

我が国では、世界に例を見ない速さで高齢化が進行し、介護の長期化・重度化が進む一方で、核家族化・高齢者のみ世帯の増加など、家族形態も大きく変化しています。このような状況の中で、国民の老後の最大の不安要因である「介護」の問題を社会全体で支えていくために創設されたのが、平成12（2000）年4月にスタートした「介護保険制度」です。

介護保険制度は、一定の年齢に達した後に保険料を納め、介護が必要になったときにサービスを受ける仕組みになっています（社会保険方式）。その際、利用者はサービスを選択し、その業者と契約を結ぶことで、利用することができます。

介護保険制度の運営主体（保険者）は、市町村です。川崎市では、保険者として保険料の徴収、要介護認定、保険給付等の業務を行うとともに、市民の方々が安心して利用できるよう、サービス量の確保及びサービスの質の向上に努めています。

被保険者の資格要件、取得・喪失時期

被保険者は、年齢により保険料の負担方法やサービスを利用する条件などが異なります。被保険者の資格要件は、それぞれ次のとおりです。

①川崎市内に住所を有する65歳以上の方（第1号被保険者）

②川崎市内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入の方（第2号被保険者）

在日外国人の方についても、住所を有していると認められ、一定の要件を満たす場合については、介護保険の被保険者となります。

また、川崎市の被保険者が、他市町村に所在する介護保険施設や有料老人ホーム等の特定施設に入所（入居）することにより、住所を異動した場合には、施設所在地の市町村ではなく、引き続き川崎市の被保険者となります。（住所地特例）

(1) 資格の取得日

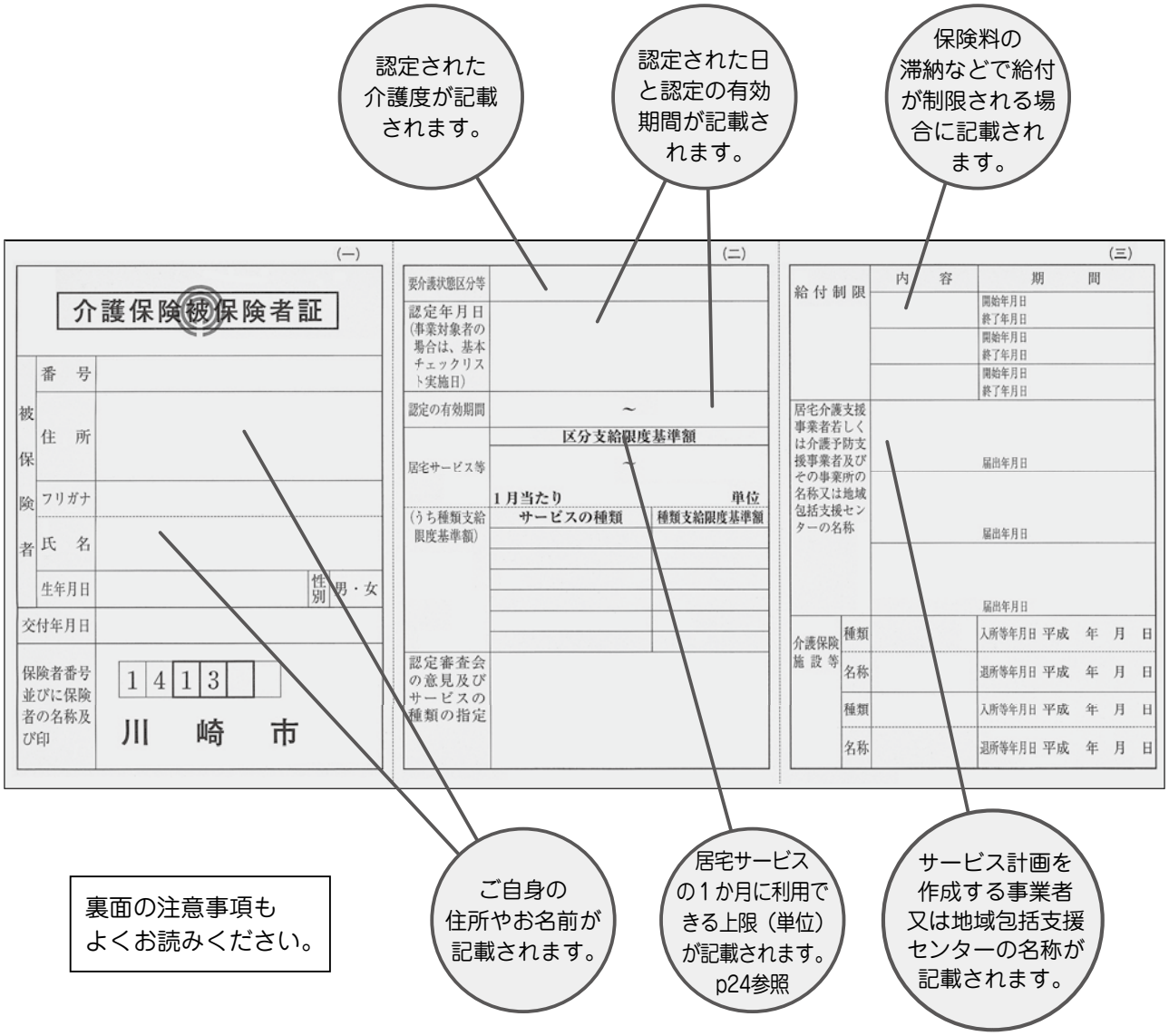
・川崎市内に住所を有する医療保険加入者が40歳に達したとき。
・40歳以上65歳未満の医療保険加入者又は65歳以上の方が、川崎市内に住所を有するに至ったとき。
・40歳以上65歳未満の被保護者（生活保護等の受給者）が医療保険加入者となったとき。
・被保護者で、医療保険に加入されていない方が、65歳に達したとき。

(2) 資格の喪失日

・川崎市内に住所を有しなくなった日の翌日
　※ただし、住所を有しなくなった日に他の市町村の区域内に住所を有するに至ったときは、その日から資格を喪失します。
・40歳以上65歳未満の方が、医療保険加入者でなくなった日
・被保険者が死亡した日の翌日

介護保険被保険者証について

被保険者証は、被保険者としての資格を証明するとともに、要介護認定の申請や介護サービスの利用の際に必要になりますので、大切に保管してください。



被保険者証の取扱い

①被保険者証を受け取ったら記載内容を確認してください。間違いがある場合には、申し出てください。

②要介護・要支援認定申請の際や介護保険のサービスの利用時に事業者に提示できるよう、手元に大切に保管してください。

③記載内容に変更があったときは、14 日以内に被保険者証を添えて届け出てください。

④被保険者証の貸し借りはできません。また、コピーしたものは使えません。

⑤転出や死亡等で被保険者の資格がなくなったときは、すぐに届け出て被保険者証を返却してください。

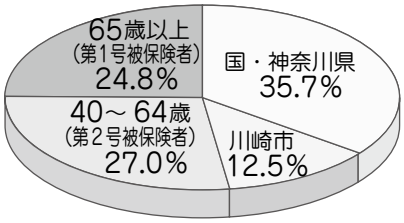
⑥紛失したり、汚れて使えなくなったときは、再交付いたしますので申し出てください。

介護保険被保険者証についての届け出等は、区役所保険年金課・支所区民センターの介護保険料担当窓口までお願いします。

介護保険料について

介護保険給付費の財源は被保険者の皆さまの保険料と国、県、市の公費で成り立っています。介護保険料は40 歳以上の被保険者の皆さまに納めていただきますが、65 歳以上の方（第 1 号被保険者）と 40～64 歳の医療保険加入の方（第 2 号被保険者）で、納め方が異なります。

介護保険給付費の財源



(1) 65 歳以上の方（第 1 号被保険者）

65 歳以上の方の介護保険料は、本人・世帯の課税や所得の状況に応じて川崎市では以下の 16 段階に分けられます。

保険料段階	該当する方	負担割合	年間の保険料額(円)	おおむねの月額(円)
第 1 段階※	生活保護または中国残留邦人等支援給付を受けている方、世帯全員が市町村民税**非課税**で、老齢福祉年金を受けている方	基準額×0.30	22,730	1,894
第 2 段階※	世帯全員が市町村民税**非課税**で、本人の課税年金収入額と合計所得金額※の合計が**80万円以下**の方	基準額×0.30	22,730	1,894
第 3 段階※	世帯全員が市町村民税**非課税**であり、第１・２段階以外の方で、本人の課税年金収入額と合計所得金額※の合計が**120万円以下**の方	基準額×0.40	30,310	2,526
第 4 段階※	世帯全員が市町村民税**非課税**で、第１・２・３段階以外の方	基準額×0.70	53,040	4,420
第 5 段階	本人は市町村民税**非課税**であるが、同じ世帯に市町村民税課税者がいる方で、本人の課税年金収入額と合計所得金額※の合計が**80万円以下**の方	基準額×0.90	68,200	5,683
第 6 段階	本人は市町村民税**非課税**であるが、同じ世帯に市町村民税課税者がいる方で、第５段階以外の方	基準額	75,780	6,315
第 7 段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**125万円未満**の方	基準額×1.15	87,140	7,262
第 8 段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**125万円以上200万円未満**の方	基準額×1.25	94,720	7,893
第 9 段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**200万円以上300万円未満**の方	基準額×1.50	113,670	9,473
第10段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**300万円以上350万円未満**の方	基準額×1.65	125,030	10,419
第11段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**350万円以上500万円未満**の方	基準額×1.75	132,610	11,051
第12段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**500万円以上700万円未満**の方	基準額×2.00	151,560	12,630
第13段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**700万円以上1,000万円未満**の方	基準額×2.20	166,710	13,893
第14段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**1,000万円以上1,500万円未満**の方	基準額×2.40	181,870	15,156
第15段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**1,500万円以上2,000万円未満**の方	基準額×2.60	197,020	16,418
第16段階	本人が市町村民税**課税**で、「合計所得金額」※が**2,000万円以上**の方	基準額×2.80	212,180	17,682

※第１～４段階の方の保険料額は、政令に基づき、本来額から減額されています。
※保険料段階を判断する際の合計所得金額は、土地、建物の譲渡所得に係る特別控除額を控除した額を用います。また本人が市町村民税非課税の場合は、さらに公的年金等に係る雑所得を控除した額を用います。
なお、令和３年度からは税制改正への対応として下記を控除した額を用います。
（第１～６段階の方）　① 給与所得と公的年金等に係る雑所得があり、所得金額調整控除の適用がある場合は、給与所得金額にその控除額を加えた後、10万円を控除　② ①に該当しない方で給与所得がある場合は、給与所得金額から10万円を控除（第７段階以上の方）　給与所得又は公的年金等に係る雑所得がある場合は、給与所得金額と公的年金等に係る雑所得の合計額から10万円を控除

■保険料の納め方

【65歳になったり、転入などで資格を取得されると…】

●65歳到達や転入等で資格を取得されますと、原則として翌月までに保険料の額などを記載した「納入通知書」と「納付書」をお送りします。

●「納付書」により、お近くの金融機関又はコンビニエンスストア等でお納めください。「口座振替」で納めることもできます。

※「口座振替」の申込書は市内金融機関に備え付けてありますのでご利用ください。

【公的年金を受給されている方は…】

●老齢・退職年金、障害年金、遺族年金（老齢福祉年金を除く）を年額18万円以上受給している方は、年金から差引きされます。差引きの開始は、資格を取得した月の６か月～１年後となります。具体的な開始月などは納入通知書でお知らせします。

(2) 40歳以上65歳未満の医療保険加入の方（第２号被保険者）

■加入している医療保険の保険料（国民健康保険料・健康保険料等）と一緒に納めます。

【国民健康保険に加入している方は…】

●各市町村ごとの国民健康保険の算定ルールによって保険料が計算されます。（担当窓口は、区役所保険年金課・支所区民センター保険年金担当です。）

【職場の健康保険や共済組合に加入している方は…】

●加入している医療保険ごとの算定方法に基づいて、給与および賞与に応じて計算されます。

介護保険料を滞納してしまった場合

特別な理由もなく介護保険料を滞納すると、介護サービス利用の際に給付の制限があります。災害や生計維持者の死亡等の特別な事情がある場合には、必ず区役所保険年金課収納担当・支所区民センター保険収納担当へご相談ください。

①保険料を納期限から1年以上滞納すると　⇒　利用料の支払方法変更

介護サービスの利用者負担が、一時的に全額負担になります。負担割合との差額につきましては、後日、申請により払い戻しとなります。

②保険料を納期限から1年6か月以上滞納すると　⇒　給付の一時差止め

費用の全額を支払い、また、後日申請により払い戻されることになっている金額が一時的に差止めになります。さらに、指定された期限までに滞納保険料を納付されない場合は、払い戻される金額を滞納している保険料に充てます。

③保険料を納期限から2年以上滞納すると　⇒　利用料の自己負担額変更及び高額介護サービス費等の不支給

滞納している期間に応じて一定期間、利用者負担が3割もしくは4割に引き上げられるほか、高額介護サービス費等の支給が受けられなくなります。

※納期限までに納付されない場合は、督促状を送付します。なお、納期限の翌日から納付の日までの日数に応じて、延滞金が加算されます。

※介護保険料を滞納した場合には、法律に基づき預貯金等を差し押さえる場合があります。

※介護保険料の各種減免制度は、40ページを参照ください。

サービスを利用　　するまでの流れ

日常の生活に介護や支援が必要

基本チェックリストの実施による事業対象者の判定（事業対象者の手続き）

『25項目からなる生活状況等についての簡易な質問です。体力や気力などの生活していくうえで必要な生活機能をチェックします。（地域包括支援センターで実施します。）』

自立した生活が送れる方（非該当）

介護予防事業を利用できます（48 ページ）

いいえ

事業対象者

地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメント

介護予防・生活支援サービス事業を利用できます（37ページ～）

地域包括支援センター等で目標を決めながら介護予防ケアプランを作成します。

⇒　ケアプランに基づきサービス事業者と契約し、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希望

はい

介護保険のサービス（要介護・要支援認定が必要）

要介護・要支援認定の申請

介護保険サービスを利用するには、要介護・要支援認定を受ける必要があります。住所地の区役所高齢・障害課、地区健康福祉ステーション介護保険担当窓口で申請をします。

＊本人や家族が要介護・要支援認定を申請できない場合は、地域包括支援センター（12・13ページ）などに申請の代行をしてもらうことができます。

＊本人が事業対象者の手続きを希望する場合には、認定の申請を行わずに事業対象者の手続きを行うことも可能です。

【必要なもの】
- ●介護保険被保険者証（65 歳以上の方）
- ●印鑑（代理人の場合）
- ●かかりつけの医療機関名、医師名がわかるもの
- ●医療保険被保険者証（40歳から64歳の方）
- ●マイナンバー（個人番号）の確認に必要な書類など

要介護・要支援認定

医師や保健・福祉の専門家が、どのくらいの介護・支援が必要か審査・判定をします。

認定調査
心身の状態を調べるために認定調査員による聞き取り調査を行います。

＋

主治医の意見書

→ 介護認定審査会（審査・判定）→ 結果通知

※調査や主治医意見書費用の利用者負担はありません。

※主治医意見書の依頼等は市で行います。

※認定結果は原則として、申請日から 30 日以内に本人に通知します。

非該当

要支援 1
要支援 2

要支援 1・2 の方

介護保険の介護予防サービス及び介護予防・生活支援サービス事業を利用できます（33ページ～）

地域包括支援センター等で目標を決めながら介護予防ケアプランの作成や介護予防ケアマネジメントを実施します。

⇒　ケアプランに基づきサービス事業者と契約し、サービスを利用します。

要介護 1
要介護 2
要介護 3
要介護 4
要介護 5

要介護 1～5の方

介護保険の介護サービスを利用できます（25ページ～）

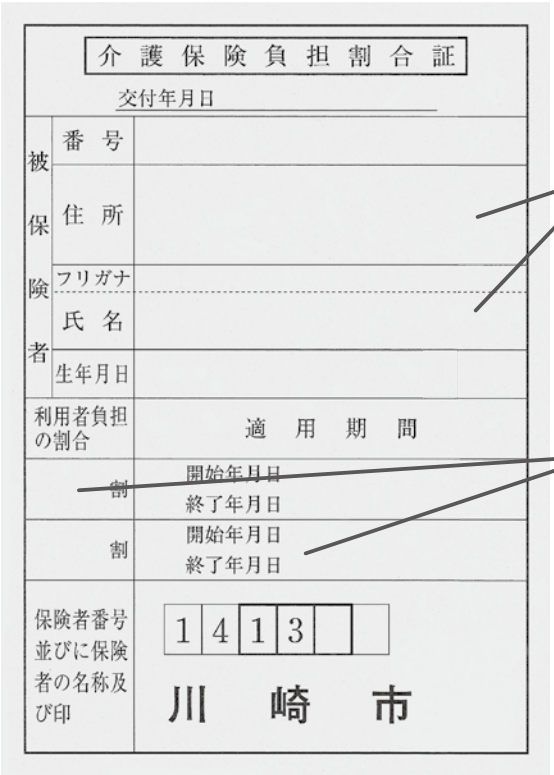
居宅介護支援事業者を選定・契約し、ケアマネジャーと相談し、利用者の希望や状態に基づきケアプランを作成します。

⇒　ケアプランに基づきサービス事業者と契約し、サービスを利用します。

施設に入所される場合は、施設においてケアプランを作成することになります。

介護保険負担割合証について

負担割合証は、介護保険を利用する際の利用者負担について、所得に応じて１割から3割の負担割合が記された証です。介護保険サービスを利用する際は、被保険者証と負担割合証の２枚が必要となりますので、大切に保管してください。



ご自身の住所やお名前が記載されます。

1割から3割の負担割合と期間が記載されます。

裏面の注意事項もよくお読みください。

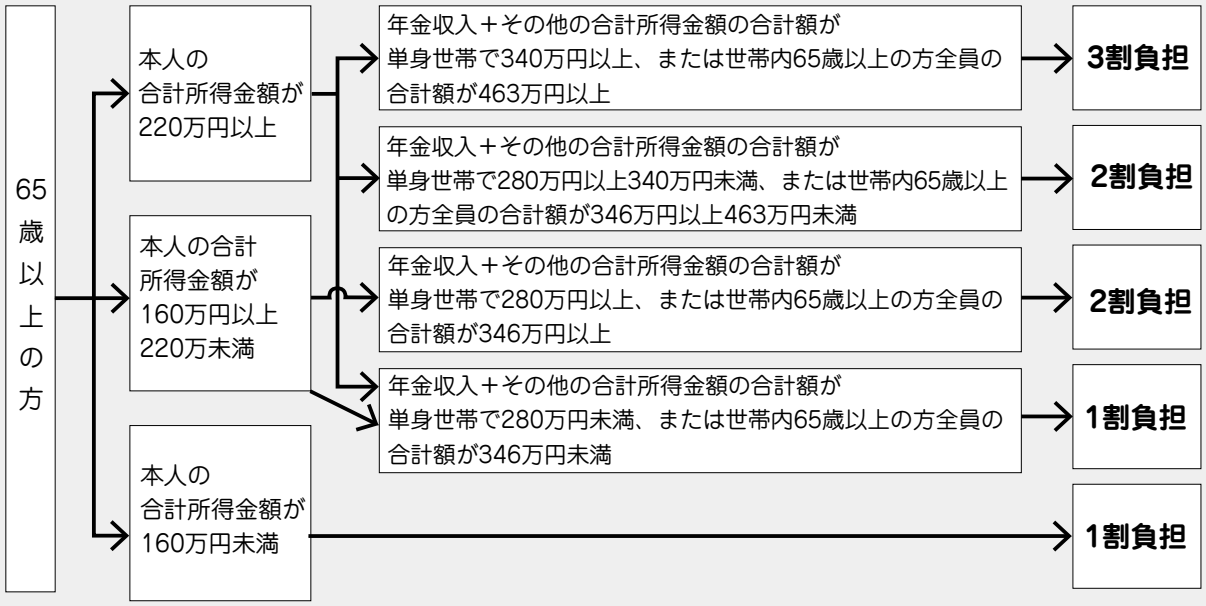
負担割合証の取扱い

負担割合証の取扱いについては、被保険者証の取扱いと同様に取扱ってください。

詳しくはP17の「被保険者証の取扱い」をご覧ください。

※負担割合の判定については、所得に応じて判定されます。
判定については次の図のとおりに判定されます。

利用者負担の判定の流れ



※第2号被保険者（40歳以上65歳未満の方）、市区町村民税非課税の方、生活保護受給者は上記にかかわらず1割負担
※「合計所得金額」とは、収入から公的年金等控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額をいいます。また、長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除を控除した額で計算されます。

要介護認定について

要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすれば、どの程度の介護が必要か判定を行うのが要介護認定です。（障害の程度や病気の重さを認定するものではありません。）

要介護認定の基準は全国一律です。介護認定は客観的で公平な判定を行うため、コンピューターによる１次判定と、保健医療福祉の専門家が行う2次判定の2段階で行います。

要介護認定は、大きく「要支援」と「要介護」の2種類に分かれます。

要支援とは、現在は介護の必要がないものの、将来要介護状態になる恐れがあり、6か月以上継続して家事や日常生活に支援が必要な状態をいいます。この状態は2段階に分けられます。

要介護とは、原則として6か月以上継続して入浴、排泄、食事等の日常生活動作について常時介護を要すると見込まれる状態のことをいいます。この状態は５段階に分けられます。

また、認定の結果、非該当（自立）になった場合でも、川崎市が実施する「介護予防事業」が利用できるほか、事業対象者の判定により「介護予防・生活支援サービス事業」を利用できる場合があります（20・21ページ参照）。

詳しくは、お近くの区役所･地区健康福祉ステーションの担当窓口にお問い合わせください。

第１号被保険者（65歳以上の方）

介護や支援が必要と認定された場合に、介護保険サービスが受けられます。

第2号被保険者（40歳以上64歳の医療保険加入の方）

次の16種類の特定疾病（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病）が原因で介護や支援が必要になったときに、介護保険サービスが受けられます。

特定疾病

①がん末期（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
②関節リウマチ
③筋萎縮性側索硬化症（ＡＬＳ）
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（アルツハイマー病、脳血管性認知症など）
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（ウェルナー症候群）
⑪多系統萎縮症（線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群、オリーブ橋小脳萎縮症）
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（脳梗塞、脳出血など）
⑭閉塞性動脈硬化症
⑮慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息など）
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

更新について

認定には有効期間があります。有効期間満了の60日前から更新手続きができます。有効期間が切れていると介護保険給付は受けられませんので、被保険者証をご確認ください。

区分変更について

認定有効期間内であっても、心身の状態が変化した場合は認定の区分変更申請をすることができます。

引越しのときには（要介護・要支援認定を受けている方が川崎市外へ転出するとき）

介護保険担当窓口で受給資格証明書（認定を受けていたことを証明する書類）の交付手続きが必要です。受給資格証明書は転居先の市役所・役場に提出してください。

サービスの利用上限

介護保険のサービスには、利用できる額や回数に上限があります。

(1) 介護保険サービスの支給限度額

要介護度に応じて、1か月あたりの支給限度額が単位数で決められています。
サービスによって1単位の単価が10円～ 11.12円の範囲内で設定されています。
※要介護度ごとに設定されている支給限度額を超えて介護サービスを利用した場合、超過分は全額自己負担となります。

要介護度		利用できるサービス	1か月あたりの支給限度額
事業対象者		①介護予防・生活支援サービス	5,032単位（約 6万円）
要支援	要支援1	①介護予防・生活支援サービス	5,032単位（約 6万円）
	要支援2	②介護予防サービス ③地域密着型介護予防サービス	10,531単位（約12万円）
要介護	要介護1	④在宅サービス ⑤地域密着型サービス ⑥施設サービス	16,765単位（約18万円）
	要介護2		19,705単位（約21万円）
	要介護3		27,048単位（約29万円）
	要介護4		30,938単位（約33万円）
	要介護5		36,217単位（約39万円）

(2) 独自の支給限度額を適用する介護保険サービス

（1）の支給限度額は適用されず、それぞれ独自の支給限度額を適用します。

サービスの種類	支給限度
居宅療養管理指導 （介護予防含む）	医師・薬剤師等の資格ごとに1か月の利用上限回数が定められています。
特定施設入居者生活介護 （介護予防含む）	支給限度額ではなく、要介護度ごとに介護費用が定められています。
認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）	
地域密着型介護老人福祉施設	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設	
介護療養型医療施設	
介護医療院	
特定福祉用具販売 （介護予防含む）	要介護度に関わりなく毎年度（４月～翌年3月）ごとに10万円が限度額となります。
住宅改修費の支給 （介護予防含む）	要介護度に関わりなく20万円が限度額になります。要介護状態が3段階以上高くなった場合や転居した場合は、再度20万円まで利用できます。

※特定福祉用具販売と住宅改修費の支給については、購入費または改修費に対しての現金給付となります。