

介護保険は みんなで支えあう制度です

市区町村（保険者）

- 介護保険制度を運営し、サービスの整備を図ります。
- 保険料を徴収し、保険証を交付します。

「地域包括支援センター」

市区町村が運営主体となって、高齢者が自立して生活できるよう
様々な支援を行います。



被保険者

- 保険料を納めます。
- 要支援、要介護認定を受けて、必要なサービスを利用します。
- 利用者負担（利用料の1割。一定以上の所得者は2割。）を、サービス事業者に支払います。

65歳以上の方
(第1号被保険者)



サービスを利用できる方は

支援や介護が必要と認定された方（どんな病気や怪我が原因で支援や介護が必要になったのかは問われません）

ポイント

◆介護保険は市区町村が主体となり、被保険者、事業者が協力しあって運営する制度です。

サービス事業者

- 指定を受けた民間企業、NPO法人、社会福祉法人、医療法人などが、在宅サービスや施設サービス、地域密着型サービスなどを提供します。
- 平成18年度から、事業者の指定は更新制（6年程度）



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は

特定疾病(※)が原因となって、介護が必要であると認定された方(特定疾病以外の原因で介護が必要になった場合は、介護保険の対象にはなりません)

※ 特定疾病とは・・・

- ・末期がん
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・後縦靭帯骨化症
- ・骨折を伴う骨粗しょう症
- ・シャイ・ドレーガー症候群
- ・初老期における認知症
- ・脊髄小脳変性症
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・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
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・慢性関節リウマチ
- ・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

要介護認定を受けるまでの流れ (申請から認定まで)

介護（介護予防）サービスを利用するためには、市役所に申請して「介護や支援が必要な状態である」と認定される必要があります。サービスを利用するまでの手続きの流れは以下のようになっています。

① 要支援・要介護認定の申請を行います

○申請に必要なもの 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）

本人や家族または省令で定められた指定居宅介護支援事業所、介護保険施設、地域包括支援センターに申請を代行してもらうことができます。

② 認定調査

市の認定調査員または市が委託した指定居宅介護支援事業所のケアマネジャーが自宅や施設を訪問し、心身の状況について本人や家族から聞き取り調査を行います。



一次判定

認定調査の結果をもとにコンピューターによる分析を行い要介護状態区分を導き出します。

主治医意見書

市より主治医に対して心身の状況についての意見書の作成を依頼します。



③ 審査・判定（二次判定）

一次判定をもとに、訪問調査の結果と主治医意見書などを基に保健、医療、福祉の専門家による介護認定審査会で審査され、要介護状態区分を判定します。

要支援・要介護認定の更新について

要支援・要介護認定には、有効期間が定められています。引き続きサービスを利用したい場合には認定の更新が必要になります。認定の有効期間は介護保険被保険者証に記載してありますので、満了日の60日前から満了日までの間に更新申請を行ってください。

④ 認定結果の通知

非該当

非該当（自立）と判定された方は介護保険のサービスは利用できませんが、要介護状態になることを防ぐための介護予防事業を利用することができます。

要支援1
要支援2

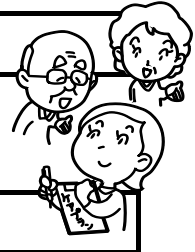
要支援1・要支援2と認定された方は介護予防サービス（予防給付）を利用することができます。

要介護1
）
要介護5

要介護1から要介護5と認定された方は介護サービス（介護給付）を利用することができます。

ケアプランを作成しサービスを利用します

要支援1・2と認定された方と要介護1～5と認定された方では、ケアプランを作成する人と利用できるサービスが異なります。



要支援1・2と認定された方

ケアプラン作成の依頼
地域包括支援センターへ申込み、ケアプランの作成を依頼します。

ケアプラン作成

- 地域包括支援センターの職員が利用者の心身や生活の状態を把握し課題を分析します。
- 地域包括支援センターの職員、利用者、家族、サービス提供事業者を含めて検討を行いケアプランを作成します。

介護予防サービスを利用

サービス利用後、一定期間ごとに効果を評価、プランの見直しを行います。

要介護1～5と認定された方

ケアプランの作成依頼・契約

居宅介護支援事業所を選びケアプラン作成を依頼します。依頼を受けて、担当のケアマネジャーが決まります。

ケアプランの作成

- ケアマネジャーが本人や家族の要望、心身の状態などを把握し課題を分析します。
- 必要なサービスのメニューや利用できるサービスなどを、利用者、家族、サービス提供事業者を含めて検討を行いケアプランを作成します。

介護サービスを利用