



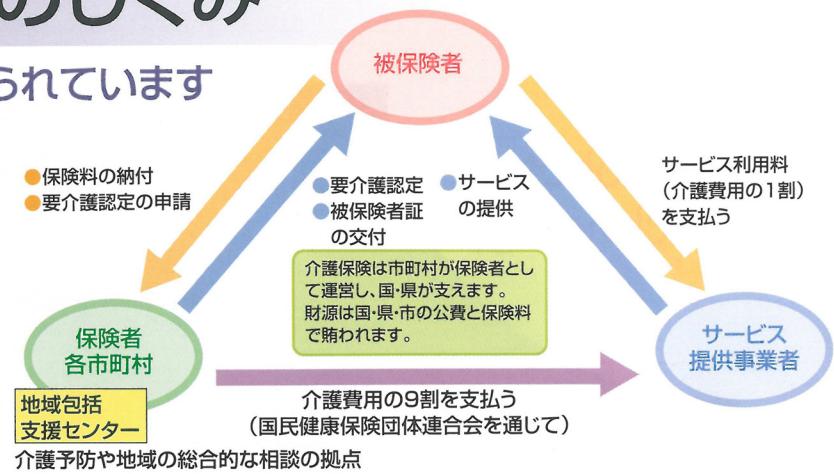
介護保険制度のしくみ

社会全体で介護保険制度は支えられています

介護保険制度は、被保険者が保険料を出し合い、介護が必要なときに認定を受け、サービスを利用するしくみになっています。

40歳以上の人には、原則として介護保険の被保険者となり、認定を受けた被保険者はサービス費用の1割を負担することでサービスを利用することができます。

サービス費用の9割については、保険者である市町村が国民健康保険団体連合会を通じ、サービス提供事業者等へ支払います。



加入者と保険料

40~64歳の人は 「第2号被保険者」

老化が原因とされる病気等(特定疾病)により、介護が必要であると「認定」を受けた人は、サービスを利用できます。



65歳以上的人は 「第1号被保険者」

介護や支援が必要であると「認定」を受けた人は、サービスを利用できます。
※介護が必要となった原因は問われません。



※詳細・ご不明点は、各市町村
介護保険窓口へお問合せ下さい。



申請から利用まで

利用するには要介護(要支援)認定申請から始まります

認定申請

市町村の窓口に要介護(要支援)認定を受けるための申請をします。
居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)などに代行してもらうこともできます。

- (申請に必要なもの)
- ・介護保険被保険者証(桃色)
 - ・診察券(主治医が総合病院の場合)
 - ・医療保険の被保険者証(64歳以下の人)
 - ・被保険者の認印

- (認定申請の窓口)
- ・各市町村の 介護保険窓口

引き続きサービスを利用したいときは認定有効期間の満了日の60日前から「更新」の手続きができます。更新の手続きについて、市から案内が届きます。

※有効期間内に、心身の状況が変化した場合は、認定の変更申請ができます。

更新の申請

- サービスの利用**
ケアプランをもとに計画的にサービスを利用します。

利用者の負担は、原則として費用の1割です。



- サービス計画作成**
どのようなサービスをどの程度利用するかというケアプランを作ります。

認定結果が出る前でも介護及び介護予防サービスを利用することができますが、次の場合は自己負担が生じます。

- ①非該当と認定された場合 全額自己負担
- ②資格喪失等により認定されなかった場合 全額自己負担
- ③認定結果にもとづく利用限度額を超えた場合 超過分自己負担

認定調査

市の調査員や委託された居宅介護支援事業者などが訪問し、心身のことや介護の状況について調査します。

- ・調査は1時間程度かかります。
- ・調査の日時は、事前に連絡します。
- ・ご家族にお尋ねすることもあります。

主治医意見書

市の依頼により、主治医が介護が必要な主な病名や心身の状態についての意見書を作成します。
主治医がいないときは、市が指定した医師の診断を受けていただきます。

審査判定(二次判定)

どのくらいの介護が必要か審査します。

一次判定

調査の結果をもとにコンピュータでどの程度介護の手間がかかるかを推計します。

介護認定審査会で調査の判定結果や認定調査による特記事項、主治医意見書などをもとに、非該当、要支援1・2、要介護1～5の区分に審査判定します。

認定・結果通知

認定結果は申請してから、通常30日ほどで市から通知されます。

- 非該当(自立)
- 要支援1・2
- 要介護1～5



利用できるサービス

- 地域支援事業の
介護予防サービス
- 介護予防サービスの
介護サービス
- 介護サービス

※詳細・ご不明点は、各市町村介護保険窓口へお問合せ下さい。