

2. 介護保険の手引き

介護や支援が必要になったら、まず申請をしましょう。

申 請

●必要なもの

- ①要介護・要支援認定申請書
- ②介護保険被保険者証
- ③健康保険被保険者証

●申請する場所

島原地域広域市町村圏組合 介護保険課（島原市役所有明庁舎3階）
または市役所・各支所の介護保険担当窓口
※次のところでも申請（更新申請を含む）の依頼ができます。
・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設

認定調査

認定調査員が申請者のお宅などを訪問し、心身の状態や介助の方法などについて動作の確認や聞き取り調査を行います。

判 定

主治医の意見書や訪問調査の結果をふまえ、「介護認定審査会」で介護の必要度（介護度）を判定し、島原地域広域市町村圏組合が認定します。

通 知

介護認定の結果をご自宅へ郵送します。

非該当

介護保険のサービス
は利用できません

「今はまだ介護や支援が必要
な状態にはない方」と判断され
た場合には、島原地域広域市
町村圏組合が実施する一般介
護予防事業を利用することが
できます。

要支援 1・2

介護予防サービス、
介護予防・日常生活
支援総合事業サー
ビスを利用できます

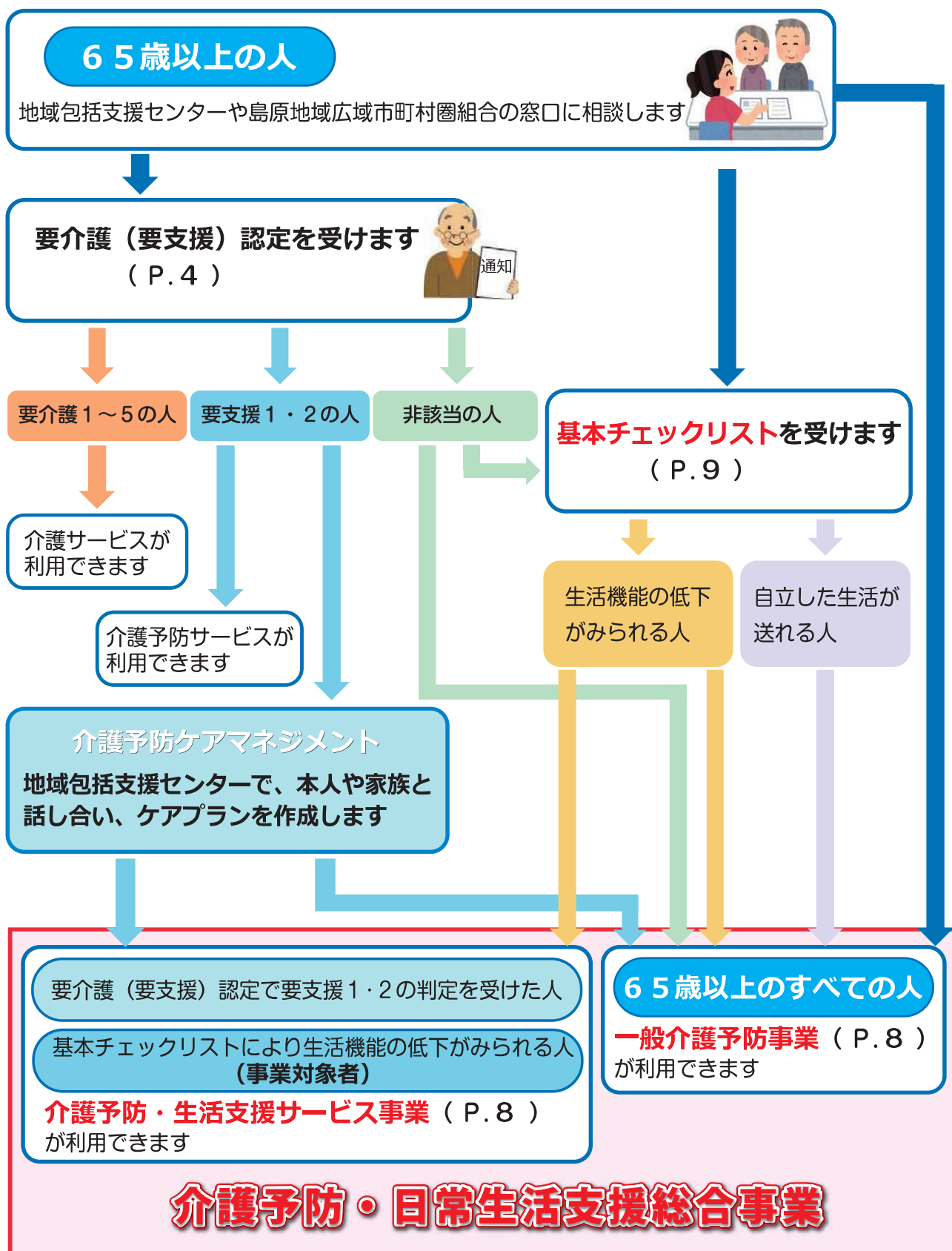
地域包括支援センター
等が介護予防ケアプ
ランを作成します。

要介護 1～5

介護サービス
を利用できます

居宅介護支援事業者
がケアプランを作成
します。

サービス利用までの流れ



※事業対象者になったあとや、事業対象者でサービスを利用したあとでも、要介護（要支援）認定を申請することはできます



介護（介護予防）サービス利用の手順

- ケアプランの作成やサービスの利用にあたっては、それぞれ**事業者・施設との契約が必要**です。
- ケアプラン作成費用は、**全額介護保険から支給されるため、利用者負担はありません**。
- ケアプランは自分で作成することができます。

要支援 1・2の人
(介護予防サービス)

要介護 1～5の人
(介護予防サービス)

在宅でサービスを利用したい

施設を利用したい

①雲仙市地域包括支援センターに連絡

②介護予防ケアプランの作成
雲仙市地域包括支援センター等が中心となって、利用者や家族サービス担当者と話し合い、**目標を決めて達成するための支援メニューを検討**します。

③サービス事業所と契約

④介護予防サービスを利用
ケアプランにもとづいてサービスを利用します。
利用者の心身の状態に合わせて、ケアプランを変更できます。

①居宅介護支援事業者を選び、ケアプラン作成を依頼

②ケアプランの作成
居宅介護支援事業所のケアマネジャーが利用者の希望や状態に応じたケアプランを作成します。

③サービス事業所と契約

④在宅サービスを利用
ケアプランにもとづいてサービスを利用します。
利用者の心身の状態に合わせて、ケアプランを変更できます。

①希望する介護保険施設と契約

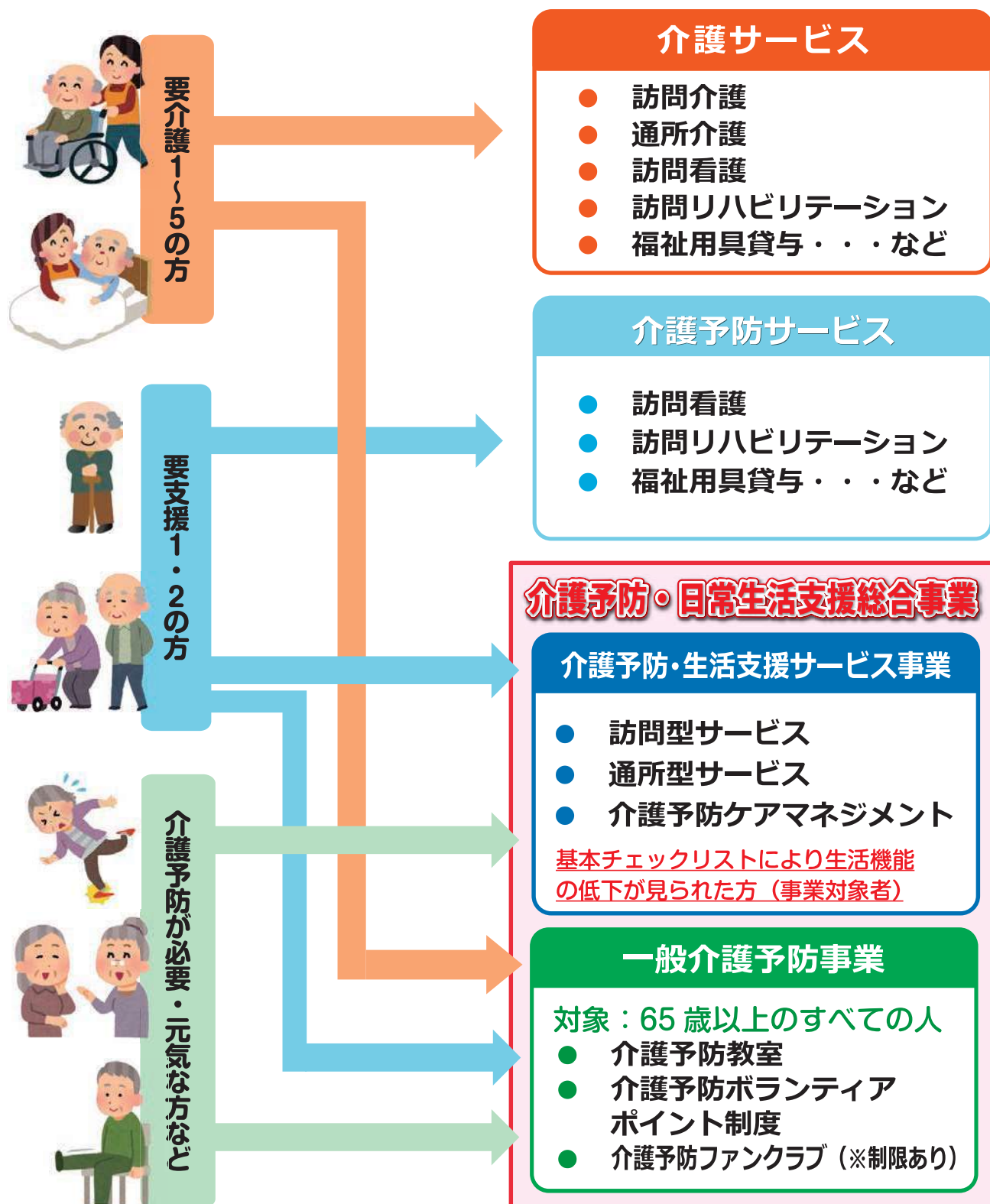
②ケアプランの作成
入所した施設で、**施設のケアマネジャー**が利用者に適したケアプランを作成します。

③サービス事業所と契約

④施設サービスを利用
ケアプランにもとづいてサービスを利用します。

『介護予防・日常生活支援総合事業』とは？

- 平成 29 年 4 月より、介護予防サービスの「訪問介護」「通所介護」は総合事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」になりました
- 「通所型サービス」「訪問型サービス」のみを利用する場合は要支援（要介護）認定の手続きをしなくても、**基本チェックリスト（P.9）**による判定でご利用が可能です



介護予防・日常生活支援総合事業のサービス

介護予防・日常生活支援総合事業には、要支援認定を受けた人や基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と、65歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業」があります。

介護予防・生活支援サービス事業

通所型サービス

①通所介護施設（デイサービスセンター等）で、食事や入浴のサービス、その他生活機能維持向上のための体操や筋力トレーニングなどを日帰りを受けられます。

※対象者…事業対象者、要支援1・2の認定をお持ちの方

※介護予防通所リハビリや、④訪問型サービスCとの同時利用はできません。



訪問型サービス

②訪問型サービス

ホームヘルパーが訪問し、調理や掃除等を一緒に行い、利用者ができることが増えるよう支援します。

※対象者…事業対象者、要支援1・2の認定をお持ちの方

※1回45分程度。材料費等は自己負担となります。

③訪問型サービスA：生活支援型

認定ヘルパーが訪問し、調理や掃除などを一緒に行い、利用者ができることが増えるよう支援します。

④訪問型サービスC：短期集中型（期間：3か月程度）

通所利用が困難な方に専門職が自宅を訪問し、相談・指導などを行います。

※対象者…事業対象者、要支援1・2の認定をお持ちの方

※利用料金は原則、無料です。

※介護予防通所リハビリや①通所型サービスとの同時利用はできません。



一般介護予防事業

65歳以上の方が対象です。どなたでも参加することができますが、一部利用に制限が設けてあります。

様々な種類のものがあります。詳しくは **P.61** ～掲載しています。

介護予防・日常生活支援総合事業に関するお問い合わせは…

島原地域広域市町村圏組合	介護保険課	0957-61-9102
雲仙市福祉課		0957-47-7871（直通）
雲仙市地域包括支援センター		0957-36-3571
（小浜事務所）		0957-74-3211



基本チェックリスト

記入者名：本人・家族・居宅・包括・その他（ ）

記入日	年 月 日				備考
住所					
氏名			電話番号		
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	男 女	

☐ 総合1～20 (10/20コ)		☐ 閉じこもり16～17 (16該当)	
1 バスや電車で1人で外出できますか ☐ はい ☐ いいえ 2 日用品の買い物をしていますか ☐ はい ☐ いいえ 3 預貯金の出し入れをしていますか ☐ はい ☐ いいえ 4 友人の家を訪ねていますか ☐ はい ☐ いいえ 5 家族や友人の相談にのっていますか ☐ はい ☐ いいえ	16 週に1回以上は外出していますか ☐ はい ☐ いいえ 17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか ☐ はい ☐ いいえ	☐ 認知18～20 (いずれか)	
☐ 運動6～10 (3/5コ)	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか ☐ はい ☐ いいえ 7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか ☐ はい ☐ いいえ 8 15分以上続けて歩いていますか ☐ はい ☐ いいえ 9 この1年間に転んだことがありますか ☐ はい ☐ いいえ 10 転倒に対する不安は大きいですか ☐ はい ☐ いいえ	18 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか ☐ はい ☐ いいえ 19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか ☐ はい ☐ いいえ 20 今日が何月何日かわからないときがありますか ☐ はい ☐ いいえ	総合10/20 ☐ 認知1/3 ☐
☐ 栄養11～12 (2/2コ)		☐ うつ21～25 (2/5コ)	
11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか ☐ はい ☐ いいえ 12 BMIが18.5未満である ☐ はい ☐ いいえ	21 (ここ2週間) 毎日の生活の中に充実感がない ☐ はい ☐ いいえ 22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった ☐ はい ☐ いいえ 23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうになった ☐ はい ☐ いいえ 24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない ☐ はい ☐ いいえ 25 (ここ2週間) わけもなく疲れた感じがする ☐ はい ☐ いいえ	該当項目に○を付けてください 身長 _____ cm 10個以上 閉じこもり 体重 _____ kg 運動 認知 ☐ 立位姿勢保持不可 栄養 うつ 口腔 ☐ 事業対象者	
☐ 口腔13～15 (2/3コ)			
13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ☐ はい ☐ いいえ 14 お茶や汁物等でむせることがありますか ☐ はい ☐ いいえ 15 口の渇きがきになりますか ☐ はい ☐ いいえ			

BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

26

家族構成

1 一人暮らし 5 その他 ☐

2 高齢者世帯

3 単身高齢者と単身の子の世帯

4 高齢者夫婦と単身の子の世帯

27

かかりつけ医

1 いる ☐

2 いない

28

続けて、ここ2週間眠れない事がありますか

1 いる ☐

2 ない

29

介護予防教室への参加希望

1 ある ☐

2 ない

30

あなたの現在の健康状態はいかがですか

1 よい 4 あんまりよくない ☐

2 まあよい 3 ふつう

5 よくない

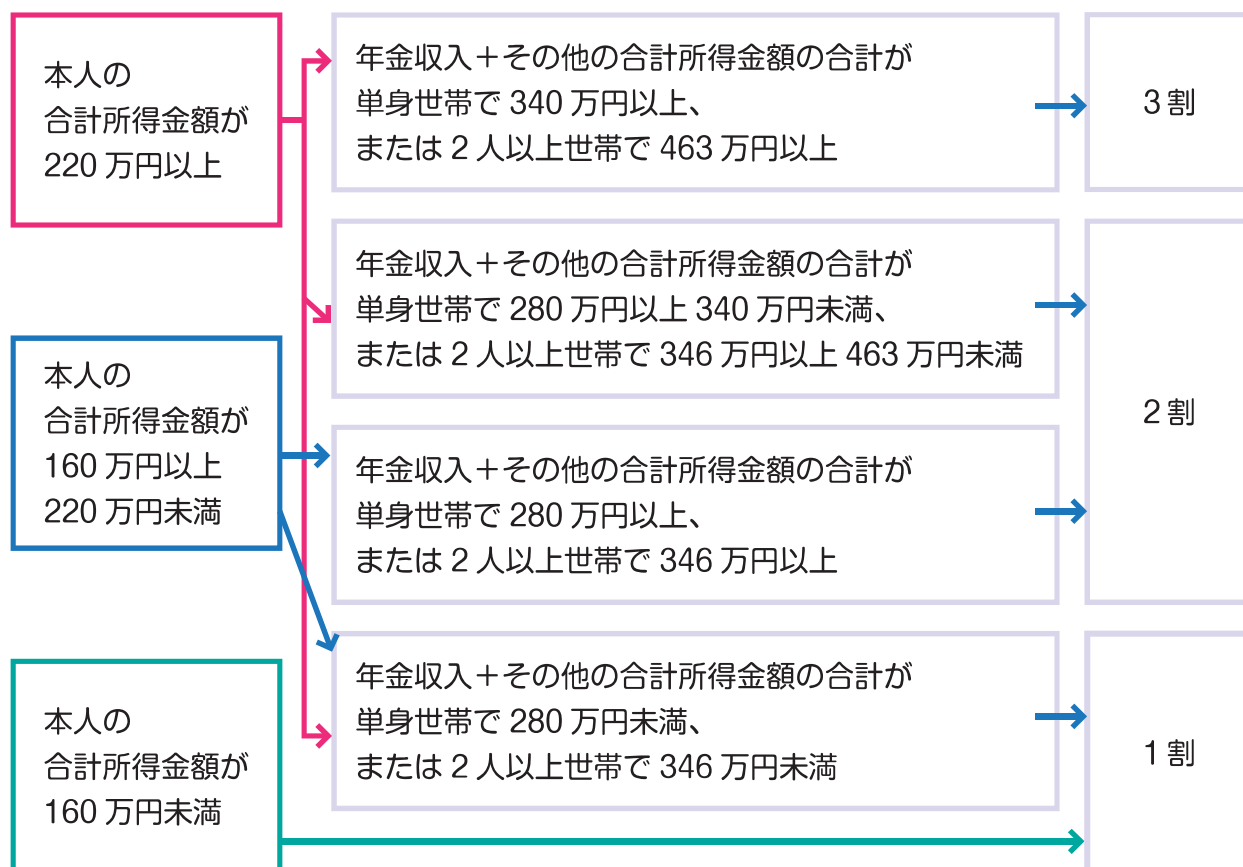
総合事業の実施に当たり、この基本チェックリストに関する情報を、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供をすることに同意します。

被保険者氏名 _____

利用者負担について

65 歳以上（第 1 号被保険者）で介護保険サービスを利用するときの自己負担割合は、1 割又は一定以上の所得のある方は 2 割、特に所得の高い場合は 3 割となります。（平成 30 年 8 月から）

65 歳以上の方



※第 2 号被保険者（40 歳以上 65 歳未満）、市町村民税非課税の方、生活保護受給者は上記に関わらず 1 割負担

【負担割合証が発行されます】

要介護（要支援）認定を受けた方、事業対象者となられた方には、利用者の負担割合を示す証明書が発行されます。

介護保険被保険者証とともに介護サービスを利用するときに必要になります。

有効期限：1 年間（8 月 1 日～翌年 7 月 31 日）

介護保険負担割合証	
交付年月日	平成 年 月 日
番号	雲仙市
住所	
フリガナ	
氏名	
生年月日	性別
利用負担割合	適用期間
開始年月日	平成 年 月 日
終了年月日	平成 年 月 日
開始年月日	
終了年月日	
保険者番号	4 2 2 1 3 9
差別に準拠	島原市有明町大三第 1327 番地
書の名義及	島原市有明町大三第 1327 番地
び印	4 2 8 4 3 3
TEL: 0957-61-9101	

島原市有明町大三第 1327 番地
島原市有明町大三第 1327 番地
島原市有明町大三第 1327 番地