



今月は、『要支援又は要介護』と認定された後、介護サービスの利用を開始するまでのことについて紹介していきます。

《問10》 『介護が必要である』と認定を受けました。これから何をすれば介護サービスを利用することができますか？

答) まずは、自宅等で介護を受ける『居宅サービス』を利用するか、又は施設に入所して介護を受ける『施設サービス』を利用するかを選びます。次に利用する居宅介護支援事業者や介護保険施設と契約し、ケアマネジャー（介護支援専門員）があらかじめ介護サービス計画を作成して、その計画に沿ってサービスを利用することになります。

*要支援と認定された方は、施設サービスは利用できません。

在宅サービスの利用を希望

居宅介護支援事業者と契約

居宅介護支援事業者を選び、契約した後、介護支援専門員(ケアマネジャー)に居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼します。

市町村へ届出

『居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書』を役場高齢者対策課へ提出します。

居宅サービス計画の作成

ケアマネジャーと本人・家族が話し合いながら、ケアプランを作成します。ケアマネジャーは、各居宅サービス事業者の担当者と内容についての検討を行います。

居宅サービス事業者と契約

居宅サービス事業者から、利用するサービスについての具体的な説明を受けます。書類(重要事項説明書)の内容をよく確認した後、事業者と契約します。

居宅サービスの利用

居宅サービス計画(ケアプラン)に基づきサービスを利用します。



施設サービスの利用を希望

入所したい施設を選ぶ

入所したい介護保険施設を選びます。居宅介護支援事業者の介護支援専門員(ケアマネジャー)等に相談すると、施設を選ぶ際の助言・指導をもらえます。

施設と契約

入所したい施設の担当者から、施設で受けられるサービスについての具体的な説明を受けた後、施設と契約します。

施設サービス計画の作成

施設のケアマネジャーが利用者にあつた施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。

施設サービスの利用

施設サービス計画(ケアプラン)に基づいたサービスが提供されます。

《用語解説》

□居宅介護支援事業者とは

都道府県の指定を受けた、介護支援専門員(ケアマネジャー)がいる事業者です。要介護認定の申請の代行や、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼するときの窓口となり、サービス事業者との連絡・調整などを行います。

□介護支援専門員(ケアマネジャー)とは

保健、医療、福祉分野で一定の実務経験があり、所定の試験・研修を終了した介護の専門家です。利用者の状態にあわせて居宅サービス計画(ケアプラン)を作り、サービス事業者の手配をしたり、利用者がサービスを適切に利用できるよう支援する役割を担っています。施設サービスを希望する利用者には、施設を紹介します。