

## ●サービス利用の手順

サービスを利用するためにはケアプランが必要です。ケアプランとは、どんなサービスをいつ、どのくらい利用するのかを決めた計画書のことです。このケアプランをもとにサービスを利用します。

### サービス計画作成を依頼します

利用者がサービス計画を作成する機関に依頼します

### アセスメント

アセスメント表や本人・家族との話し合いにより、利用者の心身の状況や環境、生活歴などを把握し課題を分析します

- 要介護1～5：居宅介護支援事業所のケアマネジャーが実施します
- 要支援1・2、事業対象者：地域包括支援センターの職員が実施します  
(一部、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが実施)

### サービス担当者との話し合い

目標を設定して、それを達成するための支援メニューを、利用者・家族とサービス担当者を含めて検討します

### ケアプランを作成します

目標を達成するためのサービスの種類や回数を決定し、ケアプランを作成します

### 各種在宅サービスを利用します

プランに沿って、介護予防サービスや介護予防・生活支援サービス等を利用します

※認定後に直接施設サービスを利用する場合は手順が異なります。

介護保険施設に連絡して申込みます

ケアプランを作成します  
施設サービスを利用する方のケアプランは、その施設のケアマネジャーが作成します

施設サービスを利用します  
ケアプランに沿って介護保険の施設サービスを利用します