

4 ケアプランの作成

4-1 要支援1・2、事業対象者と認定された人

要支援1・2と認定された人や基本チェックリストにより事業対象者と認定された人は、地域包括支援センターが中心となってケアプランを作成し、自立した生活を続けていけるようサポートしていきます。

地域包括支援センターとは…

市内14カ所の地域包括支援センターでは、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等が中心となって、在宅での生活を支援します。

- 総合的な相談・支援
- 虐待防止などの権利擁護事業
- 地域ケア会議の開催
- ケアマネジャーへの支援
- 認知症施策の推進事業
- 介護予防ケアマネジメント



保健師



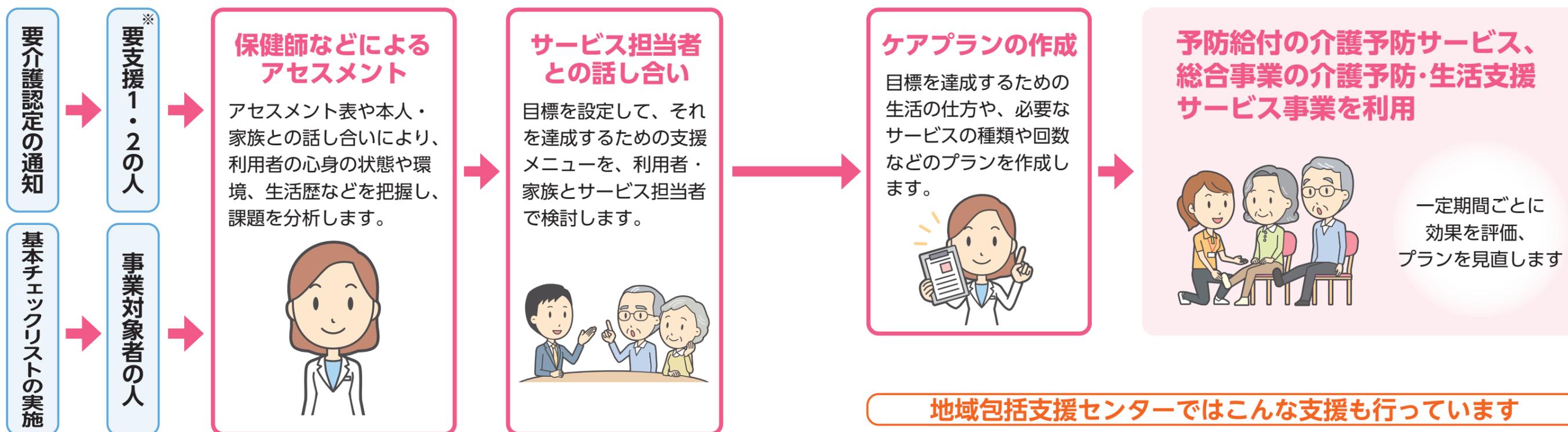
社会福祉士



主任
ケアマネジャー

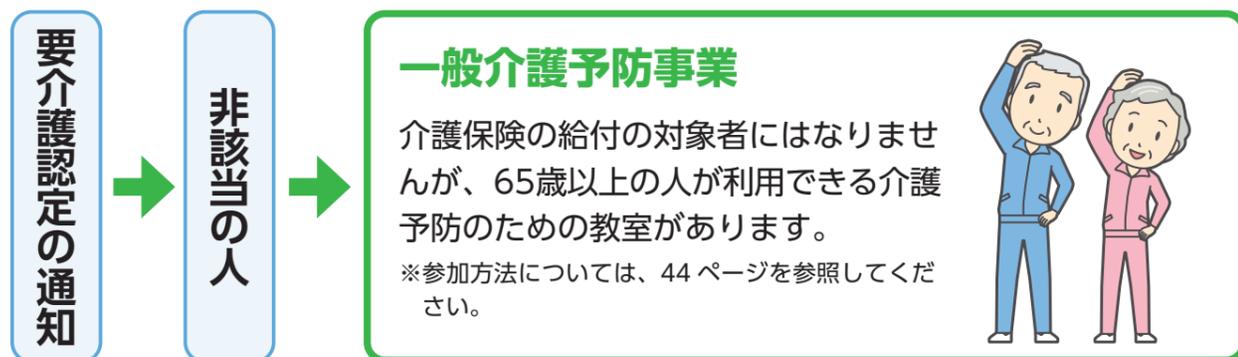
(詳しくは70、104～106ページをご覧ください)

◎地域包括支援センター



※要支援1・2の人は、一部の居宅介護支援事業者でもケアプランの作成が可能です。

◎非該当と認定された人

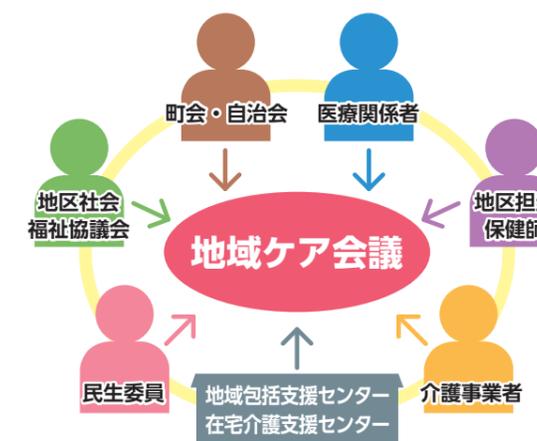


地域包括支援センターではこんな支援も行っています

高齢者のみなさんを直接支援するほかにも、地域で担当ケアマネジャーが円滑に仕事ができるよう支援などを行っています。

また、より暮らしやすい地域にするため、町会・自治会会員や地区社会福祉協議会会員、民生委員、医療関係者、介護サービス事業者などのさまざまな関係機関がネットワークをつくり、地域ケア会議※を開催しています。

※地域ケア会議とは、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも生活できるように支援することを目的に、地区コミュニティ単位で開催している会議のことです。地域包括支援センター・在宅介護支援センターが開催しています。



4-2 要介護1～5と認定された人

認定結果をもとに、心身の状況に応じて居宅介護支援事業者と話し合い、各種サービスを組み合わせたケアプランを作成します。

◎ ケアプランの作成を依頼します

認定結果をもとに居宅介護支援事業者に依頼し、専門家（介護支援専門員）に心身の状況に合ったケアプランを作成してもらいます（居宅介護支援）。ケアプランを作成した場合は、1割から3割の利用料を負担すれば介護サービスを利用できます。



依頼する事業者が決まったら市へ「居宅サービス計画作成依頼届出書」を提出します。

※ケアプランの作成には利用者負担はありません。

介護支援専門員（ケアマネジャー）とは…

介護の知識を幅広くもった専門家。介護サービスを利用するときの相談や、在宅サービス事業者等との連絡・調整を行い、ケアプランを作成します。

◎ 施設に入所する場合

施設への入所を希望する人は、直接、施設に申し込みます。（適当な施設がわからない場合は居宅介護支援事業者が紹介します。）

施設に入所して利用する介護サービスについては、入所する施設内でケアプランを作成して利用していくことになります。

※介護保険施設は110～112ページをご覧ください。



小規模多機能型居宅介護および看護小規模多機能型居宅介護を利用する場合は…

小規模多機能型居宅介護（39ページ）や看護小規模多機能型居宅介護（39ページ）を利用する人のケアプランは、小規模多機能型居宅介護事業者および看護小規模多機能型居宅介護事業者が作成します（居宅介護支援事業者にケアプランの作成を依頼する必要はありません）。

ケアプラン作成からサービス開始まで

