ケアプランの作成

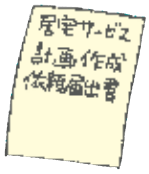
介護保険サービスの利用には、ケアプランの作成が必要です。なお、ケアプランは利用者の状況に合わせて随時見直しができます。

※要支援1・2の人及び事業対象者のみ介護予防・生活支援サービス事業の利用ができます。
※事業対象者になった後でも要介護認定の申請ができます。
※ケアプランの作成に利用者負担はありません。

要介護1～5の人

在宅サービスを利用

ケアプランの作成を依頼する居宅介護支援事業者と契約し、市区町村に「居宅サービス計画作成依頼届出書」を提出します。



居宅介護支援事業者

ケアマネジャーが利用者や家族と話し合って課題を分析し、ケアプランの原案を作成します。その後、ケアマネジャーを中心に、利用者や家族、サービス事業者などが話し合います（サービス担当者会議）。

施設に入所して利用

サービス事業者と契約

入所を希望する施設サービス事業者に直接申し込んで、契約します。

施設サービス事業者

施設のケアマネジャーが利用者や家族と話し合って課題を分析し、ケアプランの原案を作成します。その後、ケアマネジャーを中心に、利用者や家族、サービス事業者などが話し合います（サービス担当者会議）。

要支援1・2の人

介護予防ケアプランの作成を依頼する地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者※と契約し、市区町村に「介護予防サービス計画作成依頼届出書」を提出します。

※市区町村から介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者にも介護予防ケアプランの作成を依頼できます。介護予防・生活支援サービスのみ利用の場合は地域包括支援センターに依頼します。令和6年4月から

地域包括支援センターまたは

担当職員やケアマネジャーが利用者や家族と話し合って課題を分析し、介護予防ケアプランの原案を作成します。

事業対象者

（基本チェックリストを受けて生活機能の低下がみられた人）

介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センターと契約し、市区町村に「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出します。

地域包括支援センター

担当職員が利用者や家族と話し合って課題を分析します（アセスメント）。

非該当の人

市区町村が行う「介護予防・日常生活支援総合事業」の「一般介
ケアプランの作成はありません。

●基本チェックリストは、地域包括支援センターや市区町村の窓口で受けます。

居宅介護支援事業者

ケアマネジャーが在籍する事業者で、ケアプラン作成の窓口、要介護（支援）認定の申請代行、サービス事業者との連絡や調整などを行います。

ケアマネジャー 介護の知識を幅広く持った専門家です。

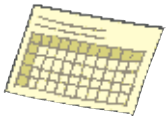
- 利用者や家族の相談に応じ、アドバイスします
- 利用者の希望に沿ったケアプランを作成します
- サービス事業者との連絡や調整をします
- 施設入所を希望する人に施設を紹介します

地域包括支援センター

保健師等、社会福祉士、主任ケアマネジャーなどが中心となって、住み慣れた地域で高齢者を包括的に支援する機関です。

- **総合的な相談・支援** …… 困りごとはご相談ください
- **介護予防ケアマネジメント** … 自立した生活を支援します
- **虐待防止などの権利擁護** …… みなさんの権利を守ります
- **ケアマネジャーへの支援** …… さまざまな方面から支えます

話し合いをもとに原案を調整し、サービスの種類や利用回数などを盛り込んだケアプランを作ります。

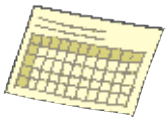


サービス事業者と契約

在宅サービスを利用
（地域密着型サービスも含む）

P9、19へ

話し合いをもとに原案を調整し、サービスの種類や利用回数などを盛り込んだケアプランを作ります。



施設サービスを利用
（地域密着型サービスも含む）

P16、20へ

居宅介護支援事業者

介護予防ケアプランの原案をもとにサービス担当者会議が行われ、介護予防ケアプランが作成されます。

サービス事業者と契約

介護予防サービスを利用
（地域密着型介護予防サービスも含む）

※介護予防サービスと介護予防・生活支援サービス事業は組み合わせて利用できます。

P10、19へ

必要に応じてケアプラン原案の作成、サービス担当者会議が行われてケアプランが作成されます。

利用するサービスによって契約

介護予防・生活支援サービス事業を利用

P22へ

護予防事業」が利用できます。

P22へ