

介護サービス・介護予防サービス等の ケアプラン作成の流れ

ケアプランとは？

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かを決める計画のことです。自分にあったサービスを受けるためには、ケアプランの作成が重要です。

介護予防ケアマネジメント

介護予防・生活支援
サービス事業対象者
(基本チェックリストで生活
機能の低下がみられた人)



予防給付の対象者
(要支援1・2)



地域包括支援センター

保健師・地域経験の
ある看護師などによる
アセスメント

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



保健師等

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。



サービス担当者

介護予防サービス・
支援計画書
(介護予防ケアプラン)
の作成

目標を達成するためのサービスの種類や回数を決定します。



※一定業務を居宅介護支援事業所に委託する場合があります。

介護予防・生活支援
サービス事業を利用



介護予防サービスを利用



一定期間ごとに
効果を評価、
プランを見直す

ケアマネジメント

介護給付の対象者
(要介護1～5)



居宅介護支援事業所

ケアマネジャーによるアセスメント
利用者の心身の状態や環境、生活歴などを把握し、課題を分析します。



ケアマネジャー

サービス担当者との話し合い
本人の力を引き出せるようなサービスを、利用者・家族とサービス担当者を含めて検討します。



サービス担当者

居宅介護サービス計画
(ケアプラン)の作成
利用するサービスの種類や回数を決定します。



介護サービスを利用



一定期間ごとに
要介護認定を
更新し、
プランを見直す

※要支援1・2と要介護1～5の方で、(介護予防)小規模多機能型居宅介護接、(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所が①アセスメント②話し合い③小規模多機能型居宅介護計画の作成を行います。

を利用される場合は地域包括支援センターや居宅介護支援事業所ではなく直し③小規模多機能型居宅介護計画の作成を行います。