

6. ケアマネジャーとの連携

1) ケアマネジャー(介護支援専門員)

ケアマネジャー(介護支援専門員)は、要介護者や要支援者の人の相談や心身の状況に応じるとともに、介護サービス(訪問介護、デイサービスなど)を受けられるようにケアプラン(介護サービス等の提供についての計画)の作成や市町村・介護サービス事業者・施設等との連絡調整を行います。また、要介護者や要支援者の人が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けた者が居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、介護施設等で従事しています。

2) 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所

地域包括支援センター

高齢者の総合相談窓口・介護予防ケアプラン(要支援1、2)作成

地域包括支援センターは高齢者の生活上の困りごとに対して、総合的に相談に乗ってくれる窓口です。また、地域包括支援センターには、「総合相談支援業務」「権利擁護業務」「介護予防ケアマネジメント業務」「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」の4つの役割があり、保健師(もしくは経験豊富な看護師)や社会福祉士、主任ケアマネジャー(主任介護支援専門員)等が配置されています。蒲郡市では、市から委託を受けた地域包括支援センターが市内に5カ所あり、お住まいの中学校区ごとに担当するセンターが決まっています。

居宅介護支援事業所

介護の相談・ケアプラン(要介護1～5)作成

居宅介護支援事業所では、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、ケアマネジャーが、利用者の心身の状況や置かれている環境に応じた介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、そのプランに基づいて適切なサービスが提供されるよう、事業者や関係機関との連絡・調整を行います。また、特定のサービスや事業者に偏ることがないように、公正中立に行うこととされています。事業所内には、主任ケアマネジャー、ケアマネジャーが従事しています。

ケアプラン作成の流れ

※ 要支援の方の介護予防ケアプランは、基本的に地域包括支援センターが作成します。

Step1 アセスメント

ケアマネジャーが利用者宅を訪問し、利用者の心身の状況や生活環境などを把握し、課題を分析します。

Step2 話し合い

ケアマネジャーと利用者・家族・サービス提供事業者で、利用者の自立支援に資するサービスの検討を行います。

Step3 ケアプラン作成

課題や話し合いを基に、ケアマネジャーと一緒に利用するサービスの種類や回数を決め、サービス利用の手続きを行います。

介護サービス利用スタート

サービス事業所と契約し、ケアプランに基づいてサービス利用がスタートします。