

伊勢市介護予防・日常生活支援総合事業手引き(別冊)

伊勢市生活支援会議(A型)特記事項

伊勢市

平成 30 年 4 月 1 日

1. 個人情報

利用者基本情報に係る個人情報（氏名・住所等）は、「利用者本人以外」に関する「氏名」・「電話番号」を消し、「住所」は「町名」以降を消してください。

他の様式についても、「利用者本人以外」の氏名の記載がある場合は、利用者基本情報と同様としてください。

（例）伊勢市岩渕・伊勢市小俣町・愛知県名古屋市など

（消去欄）「来所者（相談者）」「住所連絡先」「緊急連絡先」

※上記の欄を全て消去すると、元々記載があったのか無かったのかが判別できませんので、お手数ですが、消去の必要がないものは残してください。

2. 各種様式

提出する書類は、両面は両面、A4以外はA4に縮小してください。

※誤字・脱字・記入漏れがないよう注意してください。

【伊勢市ケアプラン確認票】

提出いただくケアプランを自己評価（ふりかえり）するためのものです。

自己評価が「a・ない」の場合、特記事項がある場合を除き、「自己評価の理由」欄の記載は不要です。

自己評価が「b・ある」の場合、「自己評価の理由」欄に課題等を記載してください。

アドバイザーに対する質問がある場合は、「13」に質問内容及び対象となるアドバイザー名（薬剤師、理学療法士等）を記載してください。

【利用者基本情報】

状況は日々変化しますので、常に更新を心がけてください。

服薬状況が分かるように、基本情報の「現病歴・既往歴」「治療中の場合は内容」欄に「薬一覧」「処方先」（〇〇病院）「管理情報」（自身で管理など）「服薬情報」（一包化など）を明記してください。

別紙により対応する場合は、同欄に「別紙参照」と記入し、別紙を添付してください。

本人・家族等がサービス利用を希望する主訴（理由）を「今までの生活」欄に記載してください。

（例：圧迫骨折後の影響で買物に行けなくなったため代わりに買物に行つて欲しいとのことで長女が来所し相談に至る。）

【アセスメントシート】

「時々ある」「時々できる」の解釈は、「できる」ときもあれば、体調によっては「できないとき」がある等、日常的に継続した状態ではなく、その日の身体的・精神的に変動する場合にチェックしてください。

ケアプランの基本チェックリスト項目は、アセスメントシートにおける基本チェックリストを反映させたものにしてください。

なお、アセスメントシートの「時々できる」に該当している場合、比重の高い方を選択してください。

【興味・関心チェックシート】

このシートは、会話の糸口のきっかけにしたり、普段の会話では聞きづらいことを引き出すためのツールです。

何が必要で、何が不必要な情報なのかは、利用者によって異なるものですので、このシートを活用し、情報把握していただきたいと思います。

結果的にアセスメントに要する時間の短縮になる可能性もありますので、ご理解いただきたいと思います。

「している」欄は、現時点で行っている場合ですので、この項目のみ「○」となります。

「してみたい」欄は、身体的・精神的にできるが、仕方・方法が分からない場合に「○」としてください。

「興味がある」欄は、できるかどうか分からないが、できることならしてみたい場合に「○」としてください。

なお、場合によっては、「してみたい」「興味がある」の両方を「○」とする場合も想定されますが、利用者の主観的・ケアマネジャーの客観的な見解で判断してください。

【危険度チェックシート】

利用者が自身の状況を把握していない場合は、健康診査の結果等の書類などで把握するよう努めてください。

なお、その書類等も無い場合は空欄でもやむなしとします。

運動機能向上等のサービスを利用する場合などは、必ず聴取しておく必要がある項目もありますので、適宜判断してください。

3. ケアプラン作成者が行う概要説明

下記の内容を踏まえてご説明ください。

- ① ケースの概要（主訴・生活歴・既往歴・現在の生活状況・防災対策等）
- ② ケアプラン作成の際に注意・工夫したこと
- ③ 目標の設定（短期・中期・長期）について
- ④ 専門職への質問に対する補足説明

※ 「ケアプラン作成の際に注意・工夫したこと」を、アセスメントにおける基本チェックリストの該当項目を踏まえた上で、重点的に発表してください。

4. サービス提供事業者が行う支援方針説明

下記の内容を踏まえてご説明ください。

- ① 具体的な支援内容
- ② 期待できる効果
- ③ サービスを必要とする期間の目安
- ④ 専門職への質問等

※ 訪問型・通所型サービス計画書の短期・長期目標について、ケアプランの目標と同内容を記載するのではなく、ケアプランの目標を達成（補完）するため、そのケアプランに沿って、訪問・通所でどのような目標でサービスを提供するかをそれぞれ設定してください。

5. ケアプラン作成上の注意点

【目標】

「目標」については、短期・長期間問わず、利用者が〇〇したい、〇〇できるようにしたい等の具体的な目標のためにサービスをどう計画していくのか明記してください。

目標とする生活（1日、1週間、または1月）及び（1年）について、両方を記載しなくてもよいとされていますが、1年後の生活目標と日々の目標とはつながりを持っているものであるため、利用者の動機付けにもなるよう両方を記載することが望ましいと考えます。

※参考資料「日総研 介護予防プラン作成ガイドP73～74」

サービスはあくまでも「自立」するための手段です。サービス利用を終着点にするのではなく、サービスを利用して「どうしたいのか」について、予後予測も含め、その人なりのゴールを設定してください。

また、その旨利用者や家族に説明し、理解を求めてください。

【緊急時・災害時の対応】

緊急時の対応だけでなく、災害時の対応についても、利用者や家族と話し合うよう心がけ、必要に応じて救急医療情報キット・災害時要援護者登録制度の申請や防災マップ等の紹介などもお願いします。

また、避難所まで誰と、どのように避難するのか等も日頃から話し合い、有事の際に円滑に避難できる体制を構築してください。

【基本チェックリスト項目】

ケアプランの基本チェックリスト項目は、アセスメントシートと連動させ、該当する箇所に「○」をしてください。

【サービス種別】

介護予防・日常生活支援総合事業が開始され、訪問型サービスについては、訪問介護相当サービス（従来の介護予防訪問介護に相当するサービス）と、くらし応援サービス（基準を緩和したサービス）が、通所型サービスについては、通所介護相当サービス（従来の介護予防通所介護に相当するサービス）と、生きがいデイサービス（基準を緩和したサービス）を創設しました。

そのため、訪問・通所介護相当サービスを利用する場合は、ケアプラン上にその理由を明記するようお願いします。

通所型サービスについては、「入浴あり」「入浴なし」を記載してください。

また、インフォーマルサービス（サロンや会食会など）も、利用者の自立支援に資する大事なサービスですので、フォーマルサービスだけでなく、インフォーマルサービスも記載してください。

なお、記載するサービスの名称は、正しい名称を用いてください。

【頻度】

利用するサービスの頻度を記載する欄ですが、システムによっては「頻度」欄がないものもあるため、その場合は「期間」欄に頻度（例：1回/週）を記載してください。

【チームケア】

ケアプラン及び訪問型・通所型サービス計画書は、利用者やその家族が、設定された目標に向かって取り組んでいく基礎となるものです。

誤字・脱字やサービス類型の相違などには細心の注意を払い、ケアマネジャーの孤立を防ぐ観点からも、チームで見直し等を行ってください。

6. その他

委託ケースについて、地域包括支援センターは、サービス提供者とともに会議に参加してください。

会議には、地域包括支援センターの職員は原則参加することとしていますが、その理由は、様々なケアプランをアドバイザー・保険者とともに検証し、自己研鑽できる場として活用していただきたいからです。（OJTの要素を含む。）

しかし、総合相談業務や緊急性の高い事案等のため、必ずしも全員が参加できるとは限りませんので、そのような場合は参加可能な職員（特にケアマネジャー歴の浅い職員）のみの参加で結構です。

平成 29 年 2 月 1 日 初版
平成 30 年 4 月 1 日 改訂（3）

伊勢市高齢者支援課
伊勢市岩渕 1 丁目 7 番 29 号
TEL : 0596-21-5611
FAX : 0596-20-8555