

利用者基本情報の把握・アセスメント・サービス計画の作成

(1) 基本情報の把握、アセスメント、介護予防サービス・支援計画原案の作成

担当ケアマネジャーは、訪問にて利用者等の状態の把握・アセスメントを行い、課題・目標の設定、サービスの利用方針の決定をする。その上で介護予防サービス・支援計画原案を作成する。

- 介護保険被保険者証の認定情報および介護保険負担割合証の確認と共に、生活保護の受給についても確認する。
- 個人情報の収集を行う際には、利用者等にその目的を分かりやすく説明し、同意を得た上で進める。
- 基本情報は、災害等に備えて、家族等の連絡先を確認し、変更があれば更新する。

「目標」は具体的に記載してください。

■ 介護予防サービス・支援計画書の作成に当たっての留意点

- ・利用者等の主体的な取り組みも含めて課題と目標を設定する。利用者等との適切なコミュニケーションにより主体的な取り組みを引き出し、課題に対する目標と具体策を設定する。
- ・利用者自身が行う行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、セルフケア能力(健康観、疾病への認識、受診・服薬管理行動等)、家族の協力、インフォーマルサービス(近隣者の見守りや支援・サロン・趣味活動・民間サービス等)を積極的に把握し、活用する。
- ・利用者の状態のみに着目するのではなく、要介護状態に至る直接的及び間接的な原因にも着目し、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービスの提供にならないように設定する。又、サービス事業所の選択においても、公正・中立な観点でその利用者に合ったものを広く紹介し選択してもらえようとする。
- ・期間設定については、自立支援の効果を期待するにあたり、適切であるか十分検討する。計画期間は最大1年とし、評価を行う。要支援認定者はプラン変更時と介護認定更新時に計画作成を行う。ただし、要支援認定者で計画期間中にサービス変更等により計画変更した際に残りの認定期間が1年～1年2か月である場合には、1年を超える計画(最大1年2か月まで)を作成してもよい。たとえば、認定期間が2年の場合、10か月時点で計画変更する場合は1年2か月の計画を作成してもよい。事業対象者の計画変更時の期間は最大1年間とする。
- ・同一事業所内での担当ケアマネジャー交代時は、「支援経過記録」への記載と、後任の担当ケアマネジャーが作成した介護予防サービス・支援計画書(終了期間は前任者の計画書と同じとする)が必要である。その場合、評価表は不要である。計画の期間を延ばす場合には、評価表・サービス担当者会議の開催が必要である。

軽度者レンタルについて医師に判断を仰ぐ際は、「貸与の是非」ではなく「医学的所見にも続き必要性が想定される状態であるかどうか。」をご確認ください。

「認定期間」の場合です。「計画期間」ではありません。

事業対象者は必ず1年で計画の見直しを！
目標の達成具合をしっかりと確認、評価し、チェック項目に応じた計画作成を。

■ サービスの実施は、利用者本人を含めたサービス担当者会議の開催を経て行う。

※サービス担当者会議の目的に合わせた参加者の要請を行う。

サービス担当者会議は、必ずサービス事業所も参加する必要があります。
特に、議題に主でかわかる事業所は参加してください。