

第 4 表

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 殿 サービス計画作成者（担当者）氏名 _____

開催日 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属（職種）	氏 名	所属（職種）	氏 名	所属（職種）	氏 名
検討した項目						
検討内容						
結 論						
残された課題 (次回の開催時期)						

作成年月日 年 月 日

第 5 表

サービス担当者に対する照会（依頼）内容

照会日 年 月 日

利用者名 殿

サービス計画作成者（照会者）氏名

サービス担当者会議を開催しない理由
ないし会議に出席できない理由

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※ サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

第6-2表

居宅サービス計画・介護予防サービス計画
評価表(案)

利用者名 _____ 殿

サービス計画作成者氏名 _____

評価年月日	短期目標の内容	設定期間	目標の到達度	目標到達しない場合の理由	今後の方針

地域包括支援センター意見	(コメント)	(今後の方針欄) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> プランの要変更 <input type="checkbox"/> 介護給付での対応が望ましい <input type="checkbox"/> 地域支援事業での対応が望ましい <input type="checkbox"/> 自立のため給付の必要なし
--------------	--------	--

新予防給付アセスメント・ケアプランの記入要領（案）

基本的考え方

- 新予防給付の対象である要支援1・2の該当者の介護予防において重要なことは、可能な限り支援を要する状態を脱し、また、介護を要する状態にならないようにすることによって、自立生活を維持・向上していくことであり、利用者自身がそれを希求し、家族はそれを支え、意欲を持って能動的にサービスを利用していくことである。
- この新予防給付のアセスメント・ケアプランは、こうした観点から「生活機能の改善」を中心としてとらえていることが大きな特徴である。すなわち、「現在している行為」に対して「本来できる生活行為」を示して目標をもつことであり、「している生活行為」の幅が広がることによって、利用者が生活の自立に向けて意欲を持って取り組むことを支援するものである。
- できない行為や問題を抽出して、どのようなサービスが必要かを検討する方式では、どのような生活機能の改善が図られ、どのような生活が利用者を実現するのかが見えにくい。
- このため、新予防給付アセスメント・ケアプランでは、「利用者が意欲を持ち、必要な支援を活用しながら、努力して積極的に実現を目指す生活」を目標として掲げ、その目標を達成し望む生活を実現するためには、どのようなサービスを利用していかを利用者・家族・専門職が協働して検討していくものとした。
（ 具体的には、アセスメントは、利用者及び家族と保健師等・介護支援専門員が共に記載し、確認しあうことができるよう、課題分析を行う保健師等・介護支援専門員用の様式と本人、家族が持つための簡易な様式を用意している。 ）
- 新予防給付ケアマネジメントにおいては、以下の項目を基本原則として、様式及びプロセスを見直した。

新予防給付ケアマネジメント 基本原則

① 本人主体のマネジメントプロセスの確立

【見直しのポイント】

- ・ 全国共通のアセスメント表を作成した。

- ・ 用語を「本人主体」に改めた。
- ・ 第1表に「利用者による同意欄」を明記した。

② 「生活主体」のマネジメントの確立

【見直しのポイント】

- ・ アセスメントでは、「本人がどんな生活をおくりたいか」に主眼を置き、生活行為に着目して項目を設定した。
- ・ サービス主導・機能補完型ではなく、生活を創り出すことを目指すものであることを明確にした。
そのため、第0表を新設し、また、特に第2表の大幅な改定を行った。

③ 本人の可能性を最大限に引き出す積極的マネジメントの実現

【見直しのポイント】

- ・ 「自立に向けて本人が努力し、それを多様な地域資源を活用して支援する」という理念を徹底し、補完型サービスに陥ることのないようケアプラン策定のプロセスを見直した。

④ 地域生活支援のための包括的・継続的ケアの実現

【見直しのポイント】

- ・ 介護保険サービスのみ依存することなく、本人・家族・地域・公的制度サービス・自治体独自サービスなど、本人を取り巻く様々な社会資源を組み合わせたケアプランを策定（地域包括ケア）していくことを明確にした。
- ・ 本人もまた一定の役割（自立への本人の努力）を果たし、それを多様な地域資源を活用して支援するものであることを明確にした。

⑤ 明確な目標設定と爾後の評価の実施

【見直しのポイント】

- ・ 明確な目標設定を行い、爾後に必ずその結果を評価する、というプロセスを徹底することを明確にした。
そのため、第6-2表を新設した。

新予防給付利用者基本情報

本様式は、利用者の基礎的な全体状況を表したものである。

<「作成年月日」欄>

この基本情報を作成した年月日を記載する。

<「作成担当者」欄>

課題分析者（アセスメントを行う者）の氏名を記載する。

<「利用者名」欄>

利用者名及び性別を記載する。

<「生年月日」欄>

利用者の生年月日と年齢を記載する。

<「住所」「電話番号」欄>

利用者の住所、電話番号を記載する。

<「緊急連絡先」欄>

例えば、利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合の連絡先を記載する。

<「申請経緯」欄>

利用者が、新予防給付を申請することになった経緯について、利用者本人による申請、家族による申請、地域のサービス機関等からの紹介による申請など具体的に記載する。

<「当初の相談内容」欄>

利用者やその家族がどのような動機・理由で新予防給付を受けようとしたのか、どのような援助を受けたいと望んでいるのか、それは漠然としたものか具体的なものかなどについて初回面接時の訴えの内容をそのまま記載する。

<「生活歴・生活状況」欄>

利用者の現在までの生活歴について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や家族史、家族との関係、居住環境などの視点を持つ。

<「家族状況」欄>

利用者に関係する家族関係の状況を欄内の凡例を用い、本人を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、現在本人と同居している家族は○で囲む。

<「病歴」欄>

利用者の主な既往症と治療の状況について時間の経過順に記載する。

<「主治医」欄>

主治医の医院名、診療科名、医師名、連絡先を記載する。複数の主治医がある場合には複数記載する。

<「日常生活度自立度」欄>

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要介護認定で用いられた主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」欄から転記する。

<「認定情報」欄>

利用者の要支援認定の区分について、「要支援1」、「要支援2」のどちらかを○で囲む。

<「利用者の被保険者情報」欄>

利用者の他制度の利用状況について記載する。

（例：医療保険の状況、身体障害者手帳の状況、年金・生活保護の受給状況等）

<「現在利用しているサービス」欄>

利用者が現在利用しているサービスについて、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービスは、行政の行う一般施策のような公的なサービスと社会福祉協議会やその他の団体、個人などによって行われている非公的なサービスを区分して記載する。