

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの ケアプラン期間の確認のお願い

「プラン期間が切れていたことに気がつかず、サービスを利用していました。どうしたらよいでしょうか」という、相談が入ることがあります。

現在、更新申請で、「要支援→要支援」の場合、認定有効期間が 48 か月まで設定可能ですが、本市では、要支援の原則の認定有効期間 12 か月に基づき、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおきましては、**最長 1 年（12 か月）のプラン作成**をお願いしています。

サービス事業所は、サービス担当者会議を経て、ケアプランに沿ってサービス提供を行うことが原則となります。

認定期間内であっても、ケアプランの期間終了後、次期ケアプランの作成がされないまま、サービス提供が継続された場合、「**ノープラン（ケアプラン作成なし）**」となり、**給付対象外**となってしまいます。

給付対象外となることで

- ・利用者に不利益が生じることはあってはならないことです。
- ・ノープランでのサービス提供は、サービス事業所の責任も生じます。

ノープランにならないために

★ケアマネはじめ、利用者に関わる全てのサービス事業所において、ケアプラン期間の確認をお願いします。

★サービス事業所におかれましては、「ケアプラン期間終了が近いがサービス担当者会議の連絡がない」場合や、「ケアプラン期間が終了していることに気付いた」場合は、早急にケアマネに連絡をお願いします。



＜お問い合わせ＞

前橋市役所長寿包括ケア課 地域支援係（担当：澤野・北川ま）
電話 027-898-6275（直通）

(プラン内容は例です)

介護予防サービス・支援計画書 (ケアマネジメント結果等記録表)

No. 6

利用者名 前〇〇子様(男) 85歳 認定年月日 R6年 6月 5日 認定の有効期間 R6年 7月 1日～ R8年 6月 30日

初回・紹介・継続 認定済 申請中

要支援1 要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名

委託の場合: 計画作成者事業所・事業所名及び所在地(連絡先) 居宅介護事業所△△

計画作成(変更)日 R7年 9月 8日 (初回作成日 R2年 6月 5日)

担当地域包括支援センター: 前橋市地域包括支援センター××

目標とする生活

1日	自主的な生活が送れる	1年	〇〇出来るようになる
----	------------	----	------------

プラン期間は認定期間内
プラン作成は最長1年

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	目標に対する 目標と支援策 の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					期間
							目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや家族 の支援、インフォーマルサー ビス(民間サービス)	介護保険サービス 又は地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス 種別	事業所 (利用先)	
運動・移動について 運動は特にしていない。室内の 歩行はすり足でバランスが悪い。 屋外の移動は見守りが必要。立 ち座りに時間がかかる。	《本人》室内は家 具につかまって歩 くので手すりが欲 しい。運動したい	■ 有 □ 無 外出の機会を作り、 体力や筋力の向上 を図る	独居。腰痛が強く 移動動作に注意 が必要。体調に 変化が起きやす い。	《目標》体力を付 け、安全に暮らせ るようにしよう。 《具体策》 ①腰に負担のかか る家事をヘルパー 支援で負担を軽く する。②定期的な 運動支援をし、動 ける範囲を増やせ るようになる③バ ランス良く食事を摂 る④安全な起居動 作をする	《本人》無理のない程度 の運動なら出来る。音が する。ベッドの横に手すりか あれば、起き上がりが楽に なりそう。《家族》専門の 人が関わってくれると助かる	体調を整えながら不 安感無く生活しまし よう。	定期的な外出で運動 支援をして、動作時の 安定を図る	《本人》通所に慣れて、 自宅でも運動してみる。 《家族》利用状況の確 認。体調把握。話し相 手。声かけ	本人に適したリハビリの 指導。他者との交流	介護予防通 所リハビリテ ーション	〇〇事業所	R7年7月1日～ R8年6月30日
日常生活(家庭生活)について 出来る家事は時間がかかるが自 分なりにしている。長女が支援に 来てくれるが、就労しており不定 期。	《本人》仕事が忙 しい娘に世話ば かり掛けて申し訳 ない。	■ 有 □ 無 長女への負担を軽 減し、自分で出来 る事は続けて行く事 で在宅が継続可能					動線のある確保。出 来ない家事の支援	《本人》出来る事は自分 でしていく。《家 族》買い物支援、家事 支援。	本人が出来ない家事 への支援。健康状態の 把握。体調不良時の 入浴介助	訪問型サービ ス	△ヘルパー サービス	R7年7月1日～ R8年6月30日
社会参加、対人関係・コミュニ ケーションについて 人当たりは穏やかで他者との交 流は問題なく可能	《本人》身体が痛 くて、人に会うの が億劫 《長 女》誰かとの会 話は良いと思う	■ 有 □ 無 人との関わりを意 識的に持つことで会 話の機会が増える。					起き上がり動作時の安 全確保に手すりの設置 をする	《本人》起き上がりや立 ち上がり時に確実につか まる。	置き型手すり	介護予防福 祉用具貸与	□〇会社	R7年7月1日～ R8年6月30日
健康管理について高血圧。 糖尿病の既往あり。服薬管理は 長女。入浴、排泄は自立。受 診は定期的。配食サービス利用 希望あり	《本人》腰が痛く て気持ちが悪 い。	□ 有 ■ 無					バランス良く食事を摂 る	《本人》好き嫌いこたわ らず。バランス良く食 べる	前橋市高齢者配食サ ービス	前橋市高 齢者配食サ ービス	▲▲社	R7年9月8日～ R8年6月30日

健康状態について

〇主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

服薬継続が必要です。

【本来行うべき支援が実施できない場合】

適切な支援の実施に向けた方針

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入して下さい

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に〇印をつけて下さい

	運動 不足	栄養 改善	口腔内ケ ア	閉じこも り予防	物忘れ 予防	うつ 予防
予防給付または 地域支援事業	3/5	1/2	1/3	1/2	2/3	3/5

地域包括 支援センター	【意見】
	【確認印】

サービスを追加した場合は、プラン作成が必要です。
期間 (開始) サービス利用開始日～
(終了) 他のサービスとそろえる

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名