フレイル改善短期集中プログラム【介護予防支援等パス兼評価表】　　氏名:　　　　　　　　　　　様　性別:男・女　　生年月日：Ｔ・Ｓ　年　月　日生　　　　歳

様式2

被保険者番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当地域包括支援センター名：　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 申請から利用まで | 訪問型･通所型サービスを利用(3か月経過)利用開始から3か月間（R　.　.　～R　.　.　） | 地域の社会資源を活用地域の社会資源利用から６か月間（R　.　.　～R　.　.　） |
| 本人 | * 地域包括支援センターが相談対応(　月　日)
* フレイル改善短期集中プログラムの説明(　月　日)
* 介護保険認定申請書提出(　月　日)※必要な方のみ
* 地域包括支援センター契約(　月　日)
* フレイル訪問型Cご自宅訪問(　月　日)
* フレイル通所型C契約日(　月　日)
* 介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントの説明(　月　日)
 | * 週に2回フレイル通所型Ｃの利用を実施

事業所名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　　　利用日　□月　□火　□水　□木　□金　□土　　　　利用時間　　　　　　:　　　～　　　：　　　（　　曜日）　　　　　　　　　　　　　　　:　　　～　　　：　　　（　　曜日）送　迎　□あり　□なし* 月　　日（３か月目）フレイル訪問型C･担当地域包括職員による自宅訪問
 | * 参加する社会資源①:

利用日　□月　□火　□水　□木　□金　□土　時間帯　　　：　　　～　　　：　　　* 参加する社会資源②:

利用日　□月　□火　□水　□木　□金　□土　* 時間帯　　　：　　　～　　　：

＜特記事項＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| サービス事業所 | 訪問型Ｃ | * アセスメントを実施する｡自立した生活に向けての改善ポイントの説明を担当地域包括職員、ご利用者に行う。
* ペコぱんだの使用方法を説明する。
 | * フレイル通所型C終了までにリハビリ専門職(フレイル訪問型C)が担当地域包括職員とともに訪問し、社会資源活用や、日常生活に向けたアドバイスをご利用者に行う。
 |
| * 希望する社会資源の聞き取りを行う。
* かわナビなどを活用し社会資源の情報提供を行う。その際、リハビリ専門職、自立支援型地域ケア会議の意見も参考にしながら、社会資源の情報提供を行う。
* 利用を希望する社会資源の見学をご利用者自身で行えるように支援する。
* ご自身で見学の調整が難しいようであれば、連絡調整等の具体的な支援を行う。
* 利用申込はご利用者本人に行っていただくが、ご利用者本人で難しい状況であれば支援を行う。
* フレイル通所型Ｃ終了から３か月後と６か月後にご自宅に訪問しモニタリングを実施する。また、その間は電話でのモニタリングを毎月実施する。
* フレイル通所型C終了時から6か月目の訪問時に兵庫県版フレイルチェック票を本人に記載いただき、その内容を転記し、月末に中央地域包括支援センターに送付する。
* 必要に応じて目標、ケアプランの修正を実施する。

＜社会資源の利用を継続している方＞* 市の表彰　□記念品の贈呈

＜社会資源・介護保険制度を活用していない方＞* 地域包括支援センターの役割や連絡先の説明を実施
* 社会資源に関する情報提供

＜介護サービス利用開始が必要な方＞* 再度意向確認の上、介護保険利用に向け支援
* 具体的な介護サービスの調整の実施。
 |
| 通所型Ｃ | * 本人の同意を得た後、フレイル通所型Cの契約を締結する。
* 契約時、本人の状態をアセスメントし、具体的なプログラムの作成を行う。
 | * 毎月、体力測定、主観の変化をチェックし、報告書に記載する。
* 上記のチェックを踏まえ、プログラムの内容を適宜修正する。
* 適宜、ペコぱんだの実施状況を確認し、必要であれば指導を行う。
 |
| 共通 | * 包括職員とともにサービス担当者会議を行い、ケアプラン原案をもとに、サービス計画書を立案し説明の上、同意を得る。
 | * 3か月のプログラム終了時に介護保険課に報告書を提出する。
* 状況に変化があれば、担当地域包括支援センターに状態を報告し、事業継続の可否を包括職員と検討する。
 |
| 地域包括支援センター | * 介護認定なしの場合は、介護保険認定申請を行う。
* 認定結果を確認し、非該当であれば基本チェックリストを実施し、事業対象者判定を行う。事業対象者、要支援１，２であれば、フレイル改善Ｐの説明、利用の意思確認を行う。
* 介護予防支援等の契約を締結し、インテイク、兵庫県版フレイルチェック票、興味関心チェックリストを実施する。
* フレイル改善Ｐ申込書、介護予防サービス計画作成等依頼届出書を介護保険課に提出する。
* 初期アセスメントをもとにケアプラン原案(本様式と介護予防サービス計画書)を作成する。
* 阪神北圏域リハビリテーション支援センターにリハビリテーション専門職派遣依頼書兼承諾書をメールで送信し、フレイル訪問型Cの訪問日の調整を行う。
* リハビリ専門職と同行訪問し、運動機能、自宅環境についてアセスメントを実施する。
* 事前に中央包括からペコぱんだと説明書を受け取り、訪問時に記念品のペコぱんだをご利用者に贈呈するとともに、使い方の説明を行う。
* フレイル通所型Ｃ事業所を決定し、契約日を調整する。
* フレイル通所型Ｃ事業所と担当者会議を開催しケアプランを確定する。
* サービス担当者会議を開催後、ケアプラン原案の修正を実施する。
* ケアプランの説明を行い、ご利用者から同意を得る。
* ケアプランをフレイル通所型C事業所に送付。
 | * フレイル通所型Ｃからの情報や、直接実施したモニタリング結果から、ケアプランの修正を適宜実施する。
* フレイル訪問型Ｃで訪問する前に、兵庫県版フレイルチェック票を実施し、担当リハビリ専門職へ送付する(訪問日の1週間前迄に)
* モニタリング結果に応じ目標の達成状況を踏まえケアプランの修正を行う。
 |
| ＜備考＞* 本人の意思での中止、長期の入院、大きな状態の変化などが発生し、フレイル改善Pの継続が困難で事業の中止を決定した場合、速やかに介護保険課に報告するとともに、報告書類を提出する。
* 入院等、状態が変化した場合はフレイル改善Ｐを中止し、介護保険サービスの利用を検討（予防ケアプランへ変更、区分変更申請などを検討し、具体的な対応を実施）
* 介護予防・介護サービスに移行する利用者は、自立支援型地域ケア会議の開催に向けて、中央包括へ基本情報(介護予防１号様式、または、各事業所独自様式で可)、介護予防居宅介護支援計画書、パス(本様式)の複写を介護保険課に提出する。
* 自立支援型地域ケア会議の対象者は、新たに介護保険サービスを利用する方、または、利用するリスクの高い方とする。
 |
| ＜備考＞* 本人の意思での中止、長期の入院、大きな状態の変化など発生し、フレイル改善Pの継続が困難となり事業の中止を決定した場合、速やかに介護保険課に報告するとともに、記録類を提出する。
* 毎月、サービス計画書作成実績の報告を介護保険課に送付
* 入院等、状態が変化した場合はフレイル改善Ｐを中止し、介護保険サービスの利用を検討（予防ケアプランへ変更、区分変更申請などを検討し、具体的な対応を実施）
* 事業終了後、速やかに報告書類を介護保険課に提出する。
 |

　※フレイル改善Pはフレイル改善短期集中プログラムを指す。

|  |  |
| --- | --- |
| 長期目標： | 短期目標： |
| 初回訪問時のアセスメント(　月　日) | 本人の思う目標の達成状況（初回） | 兵庫県版フレイルチェック票結果（初回） |
|  | ０10　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ＜健康状態＞□良い　　　　□まあ良い　　　　□普通　□あまりよくない　　　　□良くない |
| フレイル訪問型C初回訪問時のアセスメント(　月　日) |  |  |
|  |  |  |
| フレイル訪問型C(2回目)のアセスメント(　月　日) | 本人の思う目標(長期)の達成状況(3か月目) | 兵庫県版フレイルチェック票結果（3か月） |
|  | ０10　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ＜健康状態＞□良い　　　　□まあ良い　　　　□普通　□あまりよくない　　　　□良くない |
| 自立支援型地域ケア会議の意見(　月　日) | 本人の思う目標(長期)の達成状況(6か月目) | 兵庫県版フレイルチェック票結果（6か月） |
|  | ０10　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ＜健康状態＞□良い　　　　□まあ良い　　　　□普通　□あまりよくない　　　　□良くない |
| 事業終了時の評価(　月　日) | 本人の思う目標(長期)の達成状況(9か月目) | 兵庫県版フレイルチェック票結果（9か月） |
|  | ０10　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ＜健康状態＞□良い　　　　□まあ良い　　　　□普通　□あまりよくない　　　　□良くない |
| 事業中止日 | 中止日：　　月　　日　　　 |
| 事業中止理由 | 理由：利用者希望・長期入院・転居（入所）・死亡・その他（　　　　　　　　　　　　）　介護保険課報告日：　　月　　日　　　 |