

# 東大阪市介護予防ケアマネジメントガイドライン -第1版-

## 参 考 資 料 編

参考資料1 介護予防・生活支援サービス事業の詳細

参考資料2 基本チェックリストについての考え方

参考資料3 事業対象者に該当する基準

参考資料4 基本チェックリスト実施前の確認事項

参考資料5 興味関心チェックシート

参考資料6 介護予防サービス・支援計画書記載のポイント

参考資料7 サービス評価表記載のポイント

参考資料1 介護予防・生活支援サービス事業の詳細

訪問型サービスの概要

類型	①訪問型介護予防サービス	②訪問型生活援助サービス	③訪問型助け合いサービス	④訪問型短期集中予防サービス
目的	要支援状態の維持・改善、 要介護状態になることの予防	生活の質の確保・向上、 要支援状態からの自立支援	市民ボランティアによる助け合い支援により、日常生活の安定を図る	短期集中的な運動機能向上プログラムにより、機能回復及び自立を支援する
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	研修受講者による調理、掃除、買い物、洗濯等の生活援助(身体介護不可)	市民ボランティア等による声かけ見守り訪問、玄関先での生活支援(ごみ出し等)	専門職の訪問による生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者	要支援1、2 事業対象者			
サービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要	利用者の状態像を踏まえ、多様なサービスの利用を促進する。		短期間に集中的な運動機能にかかる訓練を受けることで機能向上が見込まれる者に対してサービス提供し、ADL 及び IADL の向上を図る。
利用頻度	要支援1・事業対象者 週1回程度、2回程度 要支援2・事業対象者 週1回程度、2回程度、2回超	要支援1・事業対象者 週1回程度、2回程度 要支援2・事業対象者 週1回程度、2回程度、2回超	本人の状態に応じ、市民ボランティアと相談	1クール(週1回、計8回)
サービス提供主体	指定事業者 (訪問介護員)	指定事業者 (市の指定研修を修了した被雇用者)	住民ボランティア団体、NPO 法人等	委託事業者(医療専門職)
利用者負担	あり 原則1割負担(一定以上所得の方は2割負担)	あり 原則1割負担(一定以上所得の方は2割負担)	あり 1回 25円(定額制)	なし
サービス単価	○週1回程度 1,176 単位/月 ○週2回程度 2,349 単位/月 ○週2回超 3,727 単位/月 (週2回超は要支援2の状態像のみ)	○週1回程度 202 単位/回 ○週2回程度 202 単位/回 ○週2回超 202 単位/回 (週2回超は要支援2の状態像のみ)	基本補助額として月額4,000円、介護予防ケアマネジメントに基づく利用者1人について1月の中で8回までを限度とし1回225円をサービス提供主体へ補助(利用者への8回を超えるサービス利用を妨げるものではない) ただし、家賃、光熱水費、ボランティア保険料、サービスの利用調整等を行う人件費等の必要経費を上限とする。	
支払	国保連合会経由で審査・支払(A2)	国保連合会経由で審査・支払(A3)	サービス提供主体への補助	サービス提供主体との委託契約
支給限度額管理	あり	あり	なし	なし

## 訪問型サービスの基準

	①訪問型介護予防サービス	②訪問型生活援助サービス	③訪問型助け合いサービス
人員基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者※1 常勤・専従1以上</li> <li>・訪問介護員等 常勤換算 2.5 以上</li> </ul> <p>【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供責任者</li> </ul> <p>常勤の訪問介護員等のうち、利用者 40 人に 1 人以上※2</p> <p>【資格要件:介護福祉士、実務者研修修了者、3 年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】</p> <p>※1 支障がない場合、他の職務、同一の敷地内の他事業所等の職務に従事可能</p> <p>※2 一部非常勤職員も可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者※ 専従1以上</li> <li>・従事者 必要数</li> </ul> <p>【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者、市の実施するサービス従事者研修受講者】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問事業責任者 従事者のうち必要数</li> </ul> <p>【資格要件:従事者に同じ】</p> <p>※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従事者 必要数</li> </ul> <p>【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者、市の実施するサービス従事者研修受講者】</p>
設備基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画</li> <li>・必要な設備・備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画</li> <li>・必要な設備・備品</li> </ul>	
運営基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別のサービス計画の作成</li> <li>・運営規程等の説明同意</li> <li>・提供拒否の禁止</li> <li>・訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理</li> <li>・秘密保持等</li> <li>・事故発生時の対応</li> <li>・廃止・休止の届出と便宜の提供 等</li> </ul> <p>(従前の介護予防訪問介護と同様)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じ個別のサービス計画の作成</li> <li>・運営規程等の説明同意</li> <li>・提供拒否の禁止</li> <li>・訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理</li> <li>・秘密保持等</li> <li>・事故発生時の対応</li> <li>・廃止・休止の届出と便宜の提供 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従事者等の清潔の保持・健康状態の管理</li> <li>・秘密保持等</li> <li>・事故発生時の対応</li> <li>・廃止・休止の届出と便宜の提供</li> </ul>

## 通所型サービスの概要

類型	①通所型介護予防サービス	②通所型短時間サービス	③通所型つどいサービス	④通所型短期集中予防サービス
目的	心身機能の維持・回復 生活機能の維持・向上	心身機能の維持・回復または、 生活機能の維持・向上	生活機能の維持・向上 閉じこもりの予防	短期集中的な運動機能向上プログラムにより、 機能回復及び自立を支援する
サービス内容	身体機能向上のための機能訓練 生活機能向上のための機能訓練	生活機能向上のための機能訓練 (食事なし・入浴なし)	生活機能向上のための機能訓練 閉じこもり予防等	通所による生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者	要支援1、2 事業対象者			
サービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの継続的利用が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要	利用者の状態像を踏まえ、多様なサービスの利用を促進する。		短期間に集中的な運動機能にかかる訓練を受けることで機能向上が見込まれる者に対してサービス提供し、ADL及びIADLの向上を図る。
利用頻度				
サービス提供主体	指定事業者 (訪問介護員)	指定事業者 (市の指定研修を修了した被雇用者)	住民ボランティア団体、NPO 法人等	委託事業者(医療専門職)
利用者負担	あり 原則1割負担(一定以上所得の方は2割負担)	あり 原則1割負担(一定以上所得の方は2割負担)	あり 1回 100円(定額制)	なし
サービス単価	○週1回程度の利用(要支援1・事業対象者) ・ 1,672 単位/月 ○週1回程度の利用(要支援2・事業対象者) ・ 1,672 単位/月 ○週2回程度を超える利用(要支援2・事業対象者) ・ 3,428 単位/月	○週1回程度の利用(要支援1・事業対象者) ・送迎あり 1,338 単位/月 ・送迎なし 962 単位/月 ○週1回程度の利用(要支援1・事業対象者) ・送迎あり 1,338 単位/月 ・送迎なし 962 単位/月 ○週2回程度を超える利用(要支援2・事業対象者) ・送迎あり 2,742 単位/月 ・送迎なし 1,990 単位/月	開催1回につき2,500円(月 20,000 円上限)、1ヶ月の介護予防ケアマネジメントに基づく利用者(1月の中で8回まで)の延べ人数×900円をサービス提供主体へ補助。 (利用者への8回を超えるサービス利用を妨げるものではない) ただし、家賃、光熱水費、ボランティア保険料、サービスの利用調整等を行う人件費等の必要経費を上限とする。 ※少なくとも月1回以上定期的に開催	
支払	国保連合会経由で審査・支払(A5 又は A6)	国保連合会経由で審査・支払(A6)	サービス提供主体への補助	サービス提供主体との委託契約
支給限度額管理	あり	あり	なし	なし

## 通所型サービスの基準

	①通所型介護予防サービス	②通所型短時間サービス	③通所型つどいサービス
人員基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者※ 常勤・専従1以上</li> <li>・生活相談員 専従1以上</li> <li>・看護職員 専従1以上</li> <li>・介護職員 ~15人 専従1以上 15人~利用者1人に専従0.2以上 (生活相談員・介護職員の1以上は常勤)</li> <li>・機能訓練指導員 1以上</li> </ul> ※支障がない場合は、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者※ 専従1以上</li> <li>・機能訓練指導員 1以上</li> </ul> 【資格要件:現行に準ずる】 従事者: ~15人 専従1以上 15~利用者1人につき必要数 ※支障がない場合は、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従事者 必要数</li> </ul> 従事者のうち1以上は以下の資格要件を満たすこと 【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者、市の実施するサービス従事者研修受講者】
設備基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上)</li> <li>・静養室・相談室・事務室</li> <li>・消火設備その他の非常災害に必要な設備</li> <li>・必要なその他の設備・備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスを提供するために必要な場所(3㎡×利用定員以上)</li> <li>・事務室・相談室</li> <li>・必要な設備・備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一定の体操をするのに必要な面積</li> <li>・必要な設備・備品</li> </ul>
運営基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別サービス計画の作成</li> <li>・運営規程等の説明・同意</li> <li>・提供拒否の禁止</li> <li>・従事者の清潔の保持・健康状態の管理</li> <li>・秘密保持等</li> <li>・事故発生時の対応</li> <li>・廃止・休止の届出と便宜の提供 等</li> </ul> (従前の介護予防通所介護と同様)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じ個別サービス計画の作成</li> <li>・運営規程等の説明・同意</li> <li>・提供拒否の禁止</li> <li>・従事者の清潔の保持・健康状態の管理</li> <li>・秘密保持等</li> <li>・事故発生時の対応</li> <li>・廃止・休止の届出と便宜の提供 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従事者の清潔の保持・健康状態の管理</li> <li>・秘密保持等</li> <li>・事故発生時の対応</li> <li>・廃止・休止の届出と便宜の提供</li> </ul>

## 基本チェックリストについての考え方

### 【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいたうえで回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問事項については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

番号	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付添いなしで、1人でバスや電車を利用しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10までの質問項目は運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇りますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。

7	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
11～12までの質問項目は低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3Kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15までの質問項目は口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
16～17までの質問項目は閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均して下さい。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20までの質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。

21～25 までに質問項目はうつについて尋ねています。

2 1	(ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ 2 週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。
2 2	(ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
2 3	(ここ 2 週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じれる	
2 4	(ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
2 5	(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする	



参考資料 3 事業対象者に該当する基準

No.	質問事項	回答 (いずれかに○をお付け下さい)		事業対象者に該当する基準	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ		複数の項目に支障 10項目以上に該当
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ		
3	預貯金のおし入れをしていますか	0.はい	1.いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	運動機能の低下 3項目以上に該当	
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	低栄養状態	
12	身長 cm 体重 kg (BMI ) (注)	1.はい	0.いいえ	2項目に該当	
13	半年くらい前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ	口腔機能の低下 2項目以上に該当	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	閉じこもり	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ	No.16 に該当	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ	認知機能低下 1項目以上に該当	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ		
20	今日が何月何日か分からない時がありますか	1.はい	0.いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ	うつ病の可能性 2項目以上に該当	
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ		

(注) BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当する。

## 基本チェックリスト実施前の確認事項

新規・更新のタイミングで、基本チェックリストを実施するか、要介護認定申請を行うかの判断については、以下の確認事項を参考に判断してください。

該当する項目が一つでもあれば、要介護認定申請を検討してください。

確認事項	チェック欄
1. 現在の年齢が、65歳未満である	<input type="checkbox"/>
2. 訪問介護、通所介護以外のサービスを利用している	<input type="checkbox"/>
3. 利用単位数が5,032単位を超えている	<input type="checkbox"/>
4. 介護予防特定施設入居者生活介護を利用している	<input type="checkbox"/>
5. 居宅療養管理指導を利用している	<input type="checkbox"/>
6. 今後、訪問介護・通所介護以外のサービスを利用したい	<input type="checkbox"/>
7. 今後、利用単位数が5,032単位を超える可能性がある	<input type="checkbox"/>
8. 明らかな認知症状が認められる	<input type="checkbox"/>
9. 大きな病気や怪我による療養中（入院含む）である	<input type="checkbox"/>
10. 本人が要介護認定申請を希望する	<input type="checkbox"/>

興味・関心チェックシート

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別（男・女）記入日： R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」  
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

参考資料 6 介護予防サービス・支援計画書記載のポイント

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

計画作成(変更)日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(初回作成日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

目標とする生活

1日	具体的な、なおかつ達成感の得られる内容、目標とする生活のイメージ化。 1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。
----	--

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	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
<p><b>運動・移動について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか、確認する</li> <li>●自宅や屋外をスムーズに歩行すること</li> <li>●交通機関を使って移動することについての状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようにしたい」「〇〇をやりたい」と記載し、利用者・家族どちらの認識も明確にし、その理由について確認する。</li> <li>●利用者や家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。</li> <li>●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。</li> </ul>	<p>□有 □無</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。</li> <li>●課題がある場合、「□有」にし点をチェックし分析した内容を記載する。課題がない場合は「□無」にチェックする。</li> <li>●分析する場合は、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。</li> <li>●ここまでは各領域ごとに記載する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●利用者の生活全体の課題を探るため、領域における各課題共有の背景等を見つけ統合する。</li> <li>●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。</li> <li>●複数の領域それぞれに課題があったとしてもその課題の原因や背景が同一の場合、統合して具体策を立てた方が領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。</li> <li>●意向や目標・具体策は書かない。</li> <li>●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2と番号を振る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</li> <li>●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</li> <li>●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。</li> <li>●また、具体策についても、特定高齢者施策や介護保険サービスだけでなく、生活機能の対価を予防するための、利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの併用についても記載する。</li> <li>●具体的には、「〇〇が必要」「〇〇を行う」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。</li> </ul> <p>例) [目標] (3ヵ月後には)ひとりで□□まで歩いていけるようになる。 [具体策] ①▼▼を利用して△△を行う。 ②誰かが■■を行う。 ③・・・</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●左側の案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</li> <li>●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。</li> <li>●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。</li> </ul>
<p><b>日常生活(家庭生活)について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●日常に必要な物品を自分で選んで買うことについての状況</li> <li>●献立を考え、調理することについての状況</li> <li>●家事(家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等)についての状況</li> <li>●預貯金の出し入れを行うことについての状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。</li> </ul>	<p>□有 □無</p>			
<p><b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●家族や友人のことを心配したり、相談に乗るなど関係を保つことのできる状況</li> <li>●友人を招いたり友人宅を訪問する状況</li> <li>●家族・友人などとの会話や電話での交流</li> <li>●地域での役割があるか(老人クラブや町内会)</li> <li>●趣味や楽しみがあり続けられているか</li> <li>●緊急時の対応状況</li> </ul>					
<p><b>健康管理について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●入浴やシャワーの状況</li> <li>●肌、顔、歯、爪などの手入れ</li> <li>●健康のために食事に気を付けている状況</li> <li>●健康のために運動を行うことについての状況</li> <li>●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか</li> </ul>					

健康状態について

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。 副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある症状、禁忌事項などを書く。
--

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)を記入してください  
地域支援事業の場合は必要な滋養プログラムの枠内の数字に○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	基本チェックリストの結果を参考に記載する。 判定基準を参考にしながらアセスメントする。			/ 2	/ 3	/ 5

認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 事業対象者： 年 月 日

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター：

1年	生きがいや楽しみを元にした、達成したい目標、夢ではないもの。
----	--------------------------------

目標	支援計画					
	目標についての支援ポイント	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)	介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
<ul style="list-style-type: none"> <li>●全項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。</li> <li>●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい</li> </ul> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ひとりまでまで歩いていけるようになる。</li> <li>・一日に一度は肉か魚を食べる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●支援者が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●本人自ら取り組むこと。家族が支援すること。地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。</li> <li>●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。</li> </ul> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。</li> <li>・近所の友人と連れ立って、買い物と一緒に出かける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(訪問介護等サービス種類の記載ではない。)</li> <li>●自分に合った運動の仕方を身に着け、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。</li> <li>●できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。</li> <li>●運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●当該サービス提供を行う事業所名を記載する。</li> <li>●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。</li> <li>●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。</li> <li>●「期間」の設定においては、「認定の有効期間」も考慮する。</li> <li>●回数、実施回数など提案があればそれも記載する。</li> <li>→サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。</li> </ul>

**【本来行うべき支援が実施できない場合】  
妥当な支援の実施に向けた方針**

<ul style="list-style-type: none"> <li>●本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。</li> <li>●地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。</li> </ul>
--

**総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント**

<ul style="list-style-type: none"> <li>●利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</li> </ul>
---

地域包括支援センター	【意見】	<ul style="list-style-type: none"> <li>●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。</li> <li>●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センターも応援しているので介護予防に積極的に取り組んでください」というような文言を記載する。</li> </ul>
	【確認】	<ul style="list-style-type: none"> <li>●特になければ無理に記入する必要はない。</li> <li>●確認欄→必ず記入すること。</li> </ul>

**計画に関する同意**

<p>上記計画について、同意いたします。</p> <p>令和 年 月 日 氏名</p>
---

参考資料 7 サービス評価表記載のポイント

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

サービス評価表

評価日 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価を行う目標（介護予防サービス・支援計画書の目標）と一致させる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防サービス支援計画書の期間と一致させる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価期間内に目標がどの程度達成できているか具体的に記載する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標を達成した場合には○印、未達成の場合は×印をつける</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なぜ、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なぜ、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、介護予防ケアプラン作成者としての評価を記載する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定居宅介護支援事業所に一部委託した場合に、介護予防ケアプラン作成者に対して、指定居宅介護予防支援事業所担当者のコメントがあれば記載する。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的には「プラン変更」になる。</li> <li>・今後の方針として、介護予防ケアプランの作成者が該当する者にレ点を入れる。</li> <li>・介護予防ケアプラン作成者が、一部委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合指定介護予防支援事業所の意見を踏まえて判断する。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の方針として、介護予防ケアプラン作成者が該当するものにレ点をいれる。</li> <li>・介護予防ケアプラン作成者が一部委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、指定介護予防支援事業所の意見を踏まえて判断する。</li> </ul>			
<p>総合的な方針</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。</li> </ul>			<p>地域包括支援センター意見</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="1429 1193 1742 1305"> <input type="checkbox"/> プラン継続  <input type="checkbox"/> プラン変更  <input type="checkbox"/> 終了                 </td> <td data-bbox="1749 1193 2049 1385"> <input type="checkbox"/> 介護給付  <input type="checkbox"/> 予防給付  <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業  <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業  <input type="checkbox"/> 終了                 </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了							