

泉大津市

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントマニュアル

(あきらめない！自立支援)

令和2年3月（令和5年2月改訂）

泉大津市

泉大津市地域包括支援センター

目 次

	ケアマネジメントの流れ	チェック項目	ページ	
計 画 期		I 本マニュアルについて	P. 2	
		II 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実務	P. 5	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><アセスメント> 利用者基本情報 基本チェックリスト 自立支援の思考過程 課題分析</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p>	III 介護支援専門員によるアセスメントシートの作成 1. アセスメントの流れ 2. 利用者基本情報の作成 3. 基本チェックリストの作成 4～7. 各種アセスメントシートの作成 (生活機能評価票、興味・関心、口腔、栄養)	P. 6	
		IV 包括ケア会議自立支援部会	P. 2 1	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><介護予防サービス・支援計画書原案作成> 目標と具体案の提案 利用者状況・意欲の確認 目標設定</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p>	V-1 介護予防サービス・支援計画書の作成 1. 介護予防サービス・支援計画書の特徴 2. 課題分析を踏まえた介護予防サービス・支援計画書の作成 3. サービスの組み立て（併用等）について 4. 要支援者・事業対象者が利用できる総合事業サービス 5. サービスCの利用の流れ 6. 目標設定の確認	P. 2 3	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>サービス担当者会議の開催</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p>			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>利用者へ介護予防サービス・支援計画書原案の説明・同意</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p>	V-2 サービス担当者会議の開催 1. 目的 2. サービス担当者会議録の作成	P. 3 2	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>介護予防サービス・支援計画書</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p>	V-3 介護予防サービス・支援計画書の修正と確定	P. 3 3	
	評 価 期	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>モニタリング・介護予防サービス・支援計画書実施状況の事例</p> </div> <p style="text-align: center;">←評価・再アセスメント→</p>	VI モニタリング	P. 3 4
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>給付管理／請求</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p>	VII-1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表の作成	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>終結</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>介護予防サービス・支援計画書作成</p> </div> </div>		VII-2 給付管理・ケアマネジメント費請求に関する取扱い	P. 3 6	
	参考資料	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実施における関連様式・手順書	P. 4 2	

I. 本マニュアルについて

平成29年に本市が介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を開始し、3年の月日が経過した。その間に地域包括支援センターを通じて介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」）から寄せられた様々な意見を集約し、本マニュアルを作成した。本マニュアルは事業対象者や要支援1・2認定者の個別課題の解決や自立支援のために、予防給付や総合事業だけでなく多様なサービスをどのように活用するかについて、その過程の見える化を図ったものであり、多くの専門職が活用することを願うものです。

1. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの目的

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの考え方

- (1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにおいては、介護保険法に示されている自立支援の考え方とヘルスプロモーションの理念が反映されること。

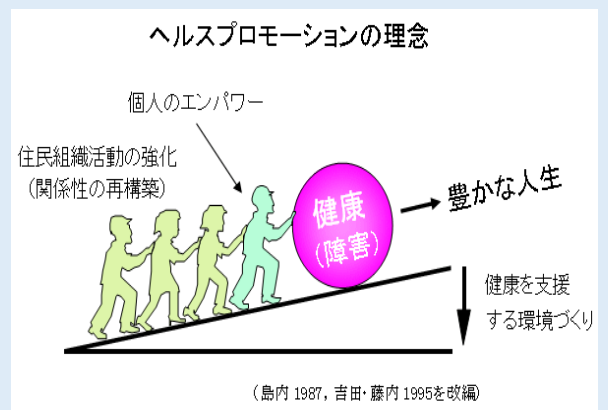
介護保険法（抜粋）

第1条 (目的)	(要介護者)が尊厳を保持し、 <u>その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう</u> 、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う。
第2条 (介護保険)	第2項 保険給付は、要介護状態等の <u>軽減又は悪化の防止に資するよう行われる</u> とともに医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
第4条 (国民の努力及び義務)	<u>国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める</u> とともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、 <u>その有する能力の維持向上に努める</u> ものとする。

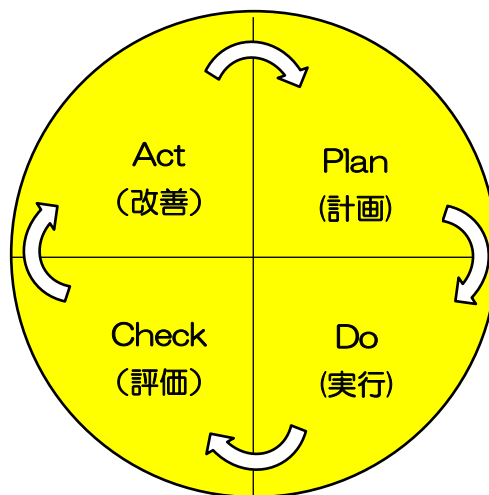
Memo

～ヘルスプロモーションとは～

自らの健康と健康を決定する身体的要素、ライフスタイル、行動様式などの要因をコントロール、改善するプロセスです。住民や当事者の主体性を重視していること、各個人がよりよい健康のための行動をとることができるような政策等も含めた環境を整えることに重点を置いている。



(2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた明確な目標を設定し、具体的に予防給付、総合事業、セルフケア、その他の地域資源が包括的かつ効果的に提供されるよう計画を作成し、達成状況を評価して、必要に応じて計画の見直しを行うという一連のPDCAサイクルが重要です。



Memo

～目標設定のポイント～

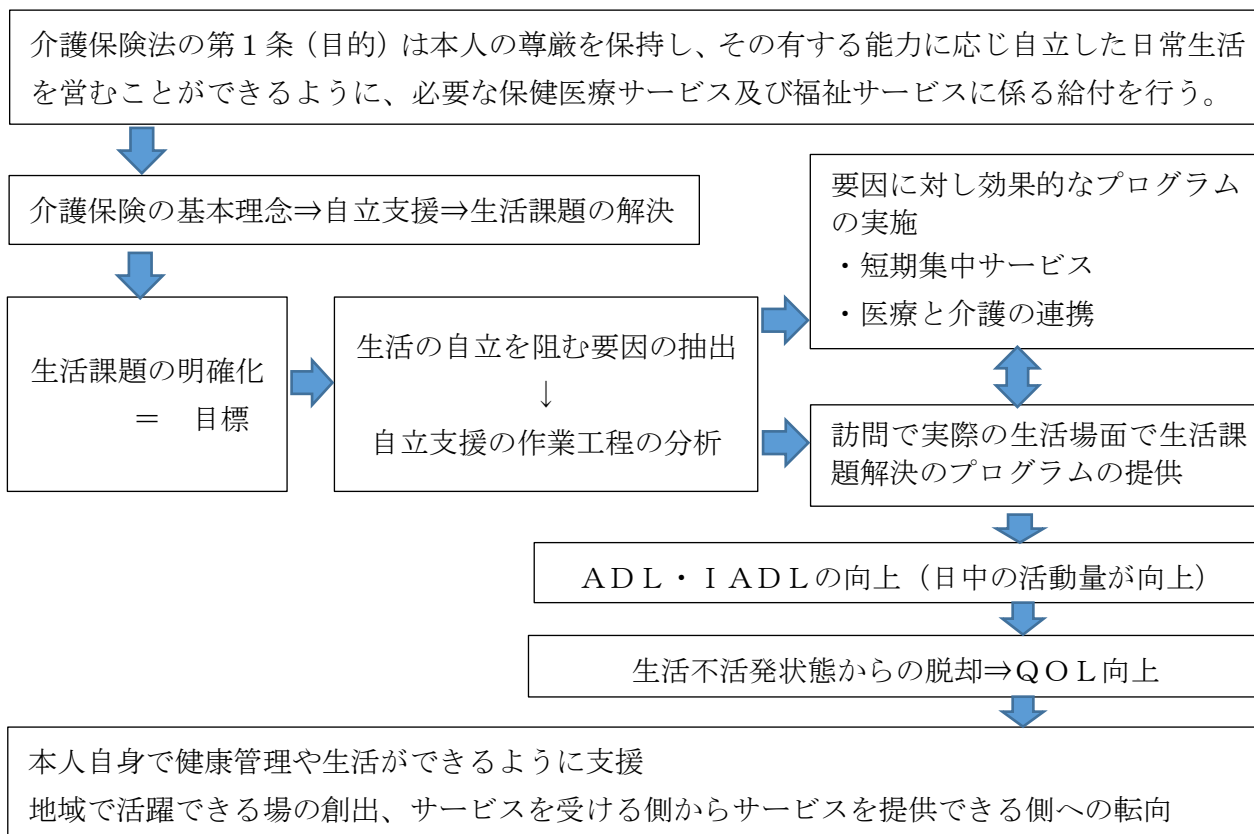
利用者の状況を踏まえた「したい」、「できるようになりたい」など日常生活上の明確な目標を設定し、利用者とケアマネジャーがともに目標に向けて取り組んでいきましょう。

3. 自立支援の考え方

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの手法は、身体的条件に基づく見通しをつけるため、下図のとおり期間的自立支援と永続的自立支援に区分できる。

期 間 的 自 立 支 援	介護保険サービスの一時的な利用を想定 例) 生活不活発病等により生活機能が低下したケース 例) 退院直後で状態が安定していないが、安定する可能性がある。(又は、安定が予測される。) 例) 身体機能の状況によって期限を区切った支援・介入が必要な状態 →介護保険サービスの一時的な利用により、生活機能が向上するよう支援
永 続 的 自 立 支 援	介護保険サービスの永続的な利用を想定 例) 脳卒中などによる身体の部位などの重度の機能不全が原因で生活機能が低下したケース 例) 進行性疾患や認知症、精神疾患等、永続的な支援が必要な状態 →介護保険サービスを永続的に使いながら、可能な限り残存機能を維持・活用できるよう支援

4. 期間的自立支援の具体的なプロセス



※永続的自立支援であっても課題解決のアプローチは可能です。訪問型サービスの利用については、利用者の状況、状態に応じて、サービスA(重度認知症や身体介助の必要性など、専門性が必要な場合は現行相当サービス)を選択するとともに、P26のサービス利用を参考に課題解決を図ってください。

II. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実務

利用者が目標の達成のために必要なサービスを主体的に利用して、達成に向けて取り組んでいけるよう、具体的に予防給付、介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）及び一般介護予防事業、その他の地域資源が包括的かつ効率的に提供されるよう介護予防サービス・支援計画書を作成する。

1. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの対象者について

(1) 対象者について

- ・要支援認定者
- ・第1号被保険者のうち基本チェックリストの結果、サービス事業対象者の基準に該当する者（以下「事業対象者」という。）ただし、事業対象者が予防給付を受ける場合には、要介護認定申請が必要

(2) 事業対象者の有効期間について

事業対象者の有効期間は設けない。ただし、サービス事業の利用をせず2ヶ月以上経過した後、サービス事業の利用を希望する場合は、基本チェックリストで事業対象者であることを確認する。基本チェックリストの結果、事業対象者でない場合は、介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定（終了）申請書、介護保険被保険者証（以下「被保険者証」という。）を市役所高齢介護課へ提出し、事業対象者の認定を終了する。

(3) 要介護（支援）認定者の事業対象者申請は、認定期間終了の60日前から可能

(4) 本市へ転入前に他市町村において事業対象者であっても、本市に転入する場合はあらかじめ介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定の申請が必要。本市における事業対象者が他市町村に転出するときは、転出先の市町村の実施方法によるため確認が必要

2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施主体

(1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行う。

(2) 地域包括支援センターの業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができる。ただし、新規事業対象者は、原則地域包括支援センターが実施する。

(3) 委託された居宅介護支援事業所は、介護予防サービス・支援計画書案について本人と合意形成を行い、地域包括支援センターへ提出し、介護予防サービス・支援計画書の相談を受けること。（業務委託マニュアルを参照すること）

3. サービス利用の開始の届出について

地域包括支援センターは利用者の同意を得たうえで、介護予防サービス計画作成依頼届出書又は介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書と被保険者証を市に届け出ること。

Memo

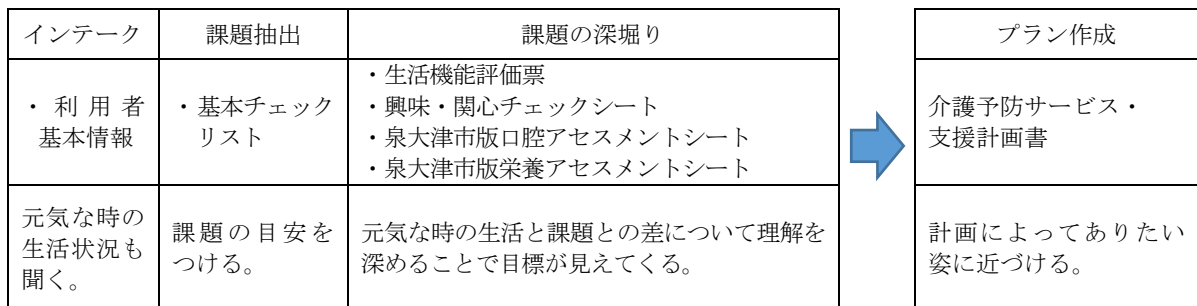
～サービスを利用する前に～

生活機能の維持・改善が図られるよう、本人の意欲に働きかけながら、サービスを利用することで状態が改善されるイメージを伝え、本人が「できることはできるだけ本人が行う」という行動変容につながるよう働きかけることが重要

その働きかけとは、①人生や生活で「したいこと」を続けられるよう支援する。
②「なじみの」環境や関係をなるべく切り離さない。

Ⅲ. 介護支援専門員によるアセスメントシートの作成

1. アセスメントの流れ



基本チェックリストにおける課題を見逃していませんか？

- ・動作の問題によって生活にどんな影響がある？
- ・たんぱく質を多く含む食材の摂取量が足りている？
- ・噛む力が減退し、顎がだるくなっていない？

⇒これらはすべて関連をしているので、このような悪循環を断ち切るため、どのように改善をするかを考える。

2. 利用者基本情報の作成

支援に必要な基本的な情報を把握するシートで、いわゆるフェイスシートといわれるものです。基本情報は、支援に必要な最も基本的なデータを整理したもので、利用者の属性や緊急時の連絡先、医療情報、導入されている制度等を記入する。

(1) 各業務に共通する基本情報

信頼関係が十分ではない段階ですべて聴き取って埋めることはできない。支援を継続する中で信頼関係が徐々に形成され、重ねられる会話の中で情報は少しずつ積み上がっていく。その経過とともにアセスメント情報は繰り返し書きされる。

(2) 情報使用に関する同意

アセスメント等の情報については、利用者を支援するにあたり、サービス提供事業者などの連携機関へ情報提供する必要がある場合には、原則、利用者から同意を得なければならない。

3. 基本チェックリストの作成

日常生活全般について

	質問項目	チェックポイント	活用場所
1	バスや電車で一人で外出できますか	<ul style="list-style-type: none"> ・運動機能の低下（移動ができないなど） ・認知機能の低下（切符が買えない、場所がわからないなど） ・こころ（うつ）の影響（外出意欲がないなど） ※環境（バス停・駅まで遠いなど）、生活歴（今まで使ったことがないなど）の影響も考慮	介護予防サービス支援計画書 「アセスメント領域と現在の状況」 ・運動、移動について ・日常生活（家庭生活）について ・社会参加・対人関係 ・コミュニケーションについて 「本人・家族の意欲・意向」
2	日用品の買い物をしていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・運動機能の低下（店まで移動できない、荷物が持てない） ・認知機能の低下（支払いができない、準備ができない） ・こころ（うつ）の影響（する気がしない、おっくうである） ※環境（お店までの距離など）の影響も考慮	
3	預貯金の出し入れをしていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・運動機能の低下（銀行、郵便局まで行けない） ・認知機能の低下（金銭管理が難しい、機器操作ができないなど） 	
4	友人の家を訪ねていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・運動機能の低下（移動ができない） ・認知機能の低下（周囲の位置関係が理解できないなど） ・こころ（うつ）の影響（引っ越ししてから友人がいない、閉じこもりなど） 	
5	家族や友人の相談にのっていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下（コミュニケーション力、電話が使えないなど） ※意欲低下、気力低下の影響も考慮	

運動器の機能について

	質問項目	チェックポイント	活用場所
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・筋力低下、疼痛、バランス、股関節や膝関節の柔軟性の低下 ・環境の確認（家屋構造） 	介護予防サービス支援計画書 「アセスメント領域と現在の状況」 ・運動、移動について ・日常生活（家庭生活）について 「本人・家族の意欲・意向」 リハビリ職へのアドバイスを求める元気塾・らくらく訪問の活用を検討すること ※運動訓練で具体的な改善が求められない場合、栄養や口腔の機能を評価しましょう
7	椅子に座った状態から何も捕まらずに立ち止まっていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・筋力低下、疼痛、バランス、股関節や膝関節の柔軟性の低下 ・環境の確認（家屋構造） 	
8	15分位続けて歩いていきますか	<ul style="list-style-type: none"> ・筋持続力の低下、疼痛の確認 	
9	この一年間に転んだことがありますか	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒機序（予防できるか、できないか）の確認 ・いつ、どこで、どのように転倒したか 	
10	転倒に対する不安は大きいですか。	<ul style="list-style-type: none"> ・再転倒の危険性 	

低栄養について

	質問項目	チェックポイント	活用場所
11	6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取回数は減っていないか ・食事摂取量は減っていないか 	介護予防サービス支援計画書 「アセスメント領域と現在の状況」

12	身長・体重	<ul style="list-style-type: none"> ・BMI18.5未満 ※BMIが正常でも食事量低下で低栄養となることあり ※目標とするBMIの範囲 50～69歳：20.0～24.9 70歳以上：21.5～24.9 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活（家庭生活）について ・健康管理について 「本人・家族の意欲・意向」 <p>泉大津市版栄養アセスメントシート ⇒らくらく訪問（栄養士）</p>
----	-------	--	--

口腔機能について

	質問項目	チェックポイント	活用場所
13	半年前に比べて固いものがたべにくくなりましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・かむ力が落ちている ・かみ合わせが悪い ・入れ歯に不具合がある 	<p>介護予防サービス支援計画書</p> <p>「アセスメント領域と現在の状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活（家庭生活）について ・健康管理について <p>「本人・家族の意欲・意向」</p> <p>泉大津市版口腔アセスメントシート ⇒らくらく訪問（歯科衛生士）</p>
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<ul style="list-style-type: none"> ・飲み込む力が落ちている ・むせが続くと食欲が低下する 	
15	口の渇きが気になりますか	<ul style="list-style-type: none"> ・唾液（つば）が出にくくなっている ・食べ物の通りが悪くなっている 	

閉じこもりについて

	質問項目	チェックポイント	活用場所
16	週に1回以上は外出していますか	<ul style="list-style-type: none"> ・運動機能、認知機能、こころ（うつ）との関連 	<p>介護予防サービス支援計画書</p> <p>「アセスメント領域と現在の状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動、移動について ・日常生活（家庭生活）について ・健康管理について <p>「本人・家族の意欲・意向」</p>
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・運動機能、認知機能、こころ（うつ）との関連 	

認知症について

	質問項目	チェックポイント	活用場所
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されていますか	<ul style="list-style-type: none"> ・記憶力の低下 	<p>介護予防サービス支援計画書</p> <p>「アセスメント領域と現在の状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活（家庭生活）について ・健康管理について <p>「本人・家族の意欲・意向」</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ・手順を踏んで段取りすることができない 	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が置かれている状況を認識する能力の低下、記憶力の低下 	

うつについて

	質問項目	チェックポイント	活用場所
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	<ul style="list-style-type: none"> ・老年性うつ病の症状（抑うつ気分、意欲減退、自信喪失、制止症状《思考・判断・記憶力低下》など） 	<p>介護予防サービス支援計画書</p> <p>「アセスメント領域と現在の状況」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活（家庭生活）について ・健康管理について <p>「本人・家族の意欲・意向」</p>
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった		
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		
24	（ここ2週間）自分は役に立つ人間とは思えない		
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする		

4. 生活機能評価票の作成

(目的) 「日常生活のどこに困っているか」 ADL・IADLのそれぞれの領域で事前・事後予測した状態を評価すること

(1) 課題分析

現状と介入後に期待されるADL・IADLの改善を評価する。

- ① ADL・IADLの自立を阻害している原因は？
- ② 「個人因子」「環境因子」に分けて整理
- ③ 支援により改善の可能性がある、本人や家族がしたいと思うADL・IADLを特定し、どの程度まで改善できそうかの視点で事後予測

- ※ 生活行為の改善を目標とした事後予測が必要
- ※ 身体機能向上と生活機能向上の違いを理解

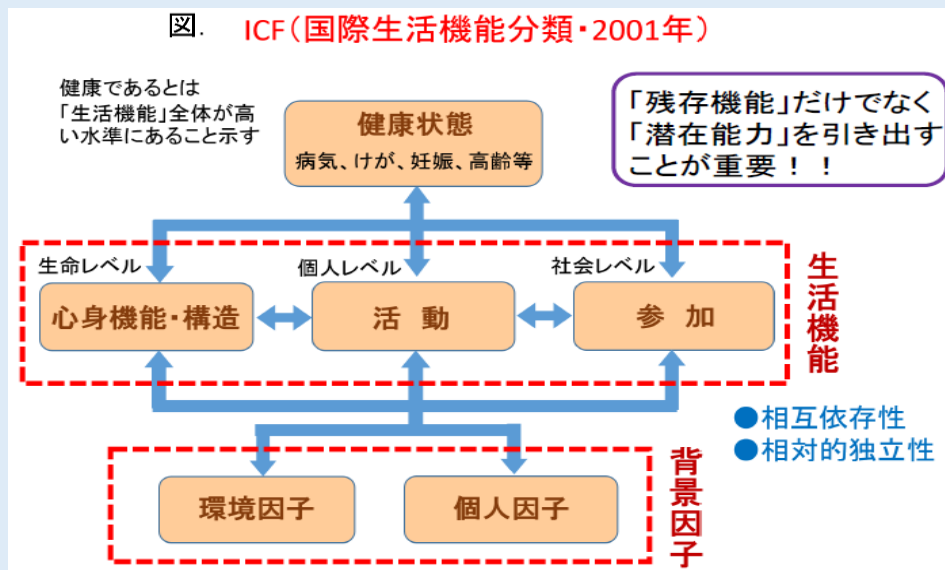
Memo

本人を取り巻く個人要因と環境要因を確認しよう

ICFの考え方(生活機能評価票の概念モデル)

個人因子 ・身体機能 ・精神機能 ・経済状況 等	・筋力や持久力等の心身機能や基本的動作能力の見極め ・入浴等のADLや調理などのIADLを活動や環境面から能力の見極め ・言語や嚥下摂食機能等の心身機能やコミュニケーション能力 ・食事形態や栄養状態の見極め ・義歯や口腔内衛生状況の見極め ・本人の興味関心
環境因子 ・家族、経済的支援 ・近親者・近隣住民 ・住まい、居住環境 ・社会資源 等	・自宅や地域の日常生活動線 ・家族構成や家族システムの現状(決定や権威など) ・居住地域の文化や近隣住民との関係性 ・地域での役割(時系列で変化を確認) ・社会資源の有無

図. ICF(国際生活機能分類・2001年)



(2) ADL・IADLの変化に着目した事後予測の立て方

課題を整理し、できずに困っている動作の工程を分析する。

- ① 何ができるようになれば、その工程が自立に近づくかを考える。
- ② 「できる」を意識した目標を定める。
- ③ 応用動作訓練や運動プログラムを連動させる。

例) お風呂の浴槽を跨ぐには

目標	訓練への応用
1. 湯の温度を確認する。	応用座位訓練 応用立位訓練 下肢訓練
2. 座位にて片足でバランスの保持ができる。	
3. 立位にて片足でバランスの保持ができる。	
4. 下肢を上手く動かすことができる。	
5. 上肢をうまく使うことができる。	

MEMO

生活機能評価票の使い方

氏名	プラン終了時の状態を予測して記入	性別	調査日	事前	令和	年	月	日
				事後	令和	年	月	日

		事前	事後予測	備考
ADL	室内歩行	○2		例：壁を伝いながら歩いている。
	屋外歩行	△1		例：屋外は坂がきつくて一人で出てはくれない。娘同伴、杖歩行で屋外歩行できる。
	外出頻度	△1		例：医療機関への受診時のみの外出のため、2回/月である。
	排泄	○2		例：夜間は間に合わず失敗することがある。
	食事	○1		
	入浴	○2		
	着脱衣	○1		
IADL	掃除	○2		
	洗濯	○2		
	買い物	△1		例：痛みが出現してから娘に依頼
	調理	○2		
	ごみ出し	△1		例：痛みが出現してから娘に依頼
	通院	△1		
	服薬	○1		
	金銭管理	○1		
	電話	○1		
	社会参加	○2		例：痛みが出現してから地域のサロンは欠席

※備考欄には、状態像をイメージできるように、具体的内容を簡潔に記入

※事前には現状の自立度を、事後予測には本プラン終了時に変化が予測される項目のみを記入してください。備考にはできること、できないことを具体的に記入してください。

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

【生活機能の低下を引き起こしている背景・因子等】

個人因子	環境因子
・生活機能低下を引き起こしている個人因子に関して、その背景や要因について記入 例) ・両膝関節症があり、痛みが増加している。 ・頑固な性格 e t c . . .	・生活機能低下を引き起こしている環境因子に関して、その背景や要因について記入 例) ・自宅周囲に坂道が多い ・家族と疎遠 ・風呂釜が深く入浴しづらい e t c . . .

服薬	処方薬、飲み方など	※利用者基本情報の「現病歴・既往歴」欄に服薬情報を記入している場合は省略可
心身の状況（水分・排便・睡眠・食事カロリー・活動量等含む）		
その他利用事業	介護保険以外のサービスなど	
ケース提出理由（助言を受けたいこと等）		

5. 興味・関心チェックシートの作成

(目的) 生活機能向上に向けた介護予防サービス・支援計画書の目標設定に本人の意向を反映させること

- (1) 各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入
- (2) 「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞く。してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入
- (3) 興味の有無を確認。「している」、「してみたい」、「できる」、「できない」に関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入
- (4) いずれにも該当しない場合には、「している」欄に×を記入
- (5) シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記

MEMO

興味・関心チェックシート使い方

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、空欄を利用して記入すること

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	○						
歯磨きをする	○						○
身だしなみを整える	○						
好きなときに眠る	○			写真			○
掃除・整理整頓		○2		映画・観劇・演奏会	×		
料理を作る	○			お茶・お花	×		
買い物		○1		歌を歌う・カラオケ	×		
家や庭の手入れ・世話		○					
洗濯・洗濯物たたみ	○						
自転車・車の運転	×						
電車・バスでの外出			○2				
孫・子供の世話	×						
動物の世話	×						
友達とおしゃべり・遊ぶ		○3					
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			○

「してみたい」「興味がある」ことに
順番をつけることで目標を立てやすくなります

してみたいこと1番には「買い物」
では、現在できない理由はなんのでしょうか？
どうすれば自分でできるようになるのでしょうか？
環境の問題？その人個人の問題？心身機能の問題？
色々な視点で課題や目標を導き出そう！

6. 泉大津市版口腔アセスメントシートの作成

(目的) 義歯や口腔機能低下・口腔衛生状態の問題を適切に発見すること

- ・お口の健康は見過ごされやすく、一見身体機能と口腔機能はかかわりが無いように思われがちだが、心身の衰えはお口から始まる。
- ・食事量や体重の減少 (BMIの確認が必要)がみられなくても、噛めないことが原因で隠れ低栄養になっている可能性がある。また歯周病を予防することが、全身の生活習慣病を予防することに繋がるため、日々の口腔ケアや、かかりつけ歯科を持つことは重要



口腔ケアの効果 ～なぜ口腔ケアが必要なの～

体栄養との関係

口腔機能改善で栄養の吸収がよくなる。低栄養を防ぎ、免疫力もアップ。要介護状態の悪化防止になる。

窒息の予防との関係

口腔機能が低下している人は窒息しやすい。口の体操やリハビリをすることで、口の周りの筋肉や舌の動きがよくなり、唾液を出しやすく、食べ物が飲み込みやすくなる。

発熱との関係

口腔ケアをすることによって、誤嚥性肺炎の発症を抑え死亡率も減少させる。インフルエンザ予防にもなる

口の廃用性症候群

口腔機能も使わないと衰えていく。やわらかいもの(噛まなくてもいい)ばかり食べていると、口の周り・頬・舌の力が低下する。

転倒予防との関係

高齢者の転倒予防には、よい噛み合わせが重要!入れ歯の調整や治療をすることで、噛み合わせや、あごが安定し、歩行が安定する。

認知機能との関係

脳への刺激が減少すると認知機能が低下するおそれがある。口腔ケアや会話・しっかり噛むことが、脳への刺激になり、認知症予防となる。

口臭の原因

口腔内の細菌の増加が原因。口腔清掃(舌磨き)により細菌が減少し、口臭も減少する。また口腔内を清潔に保つことで、感染症や誤嚥性肺炎を予防することができる。



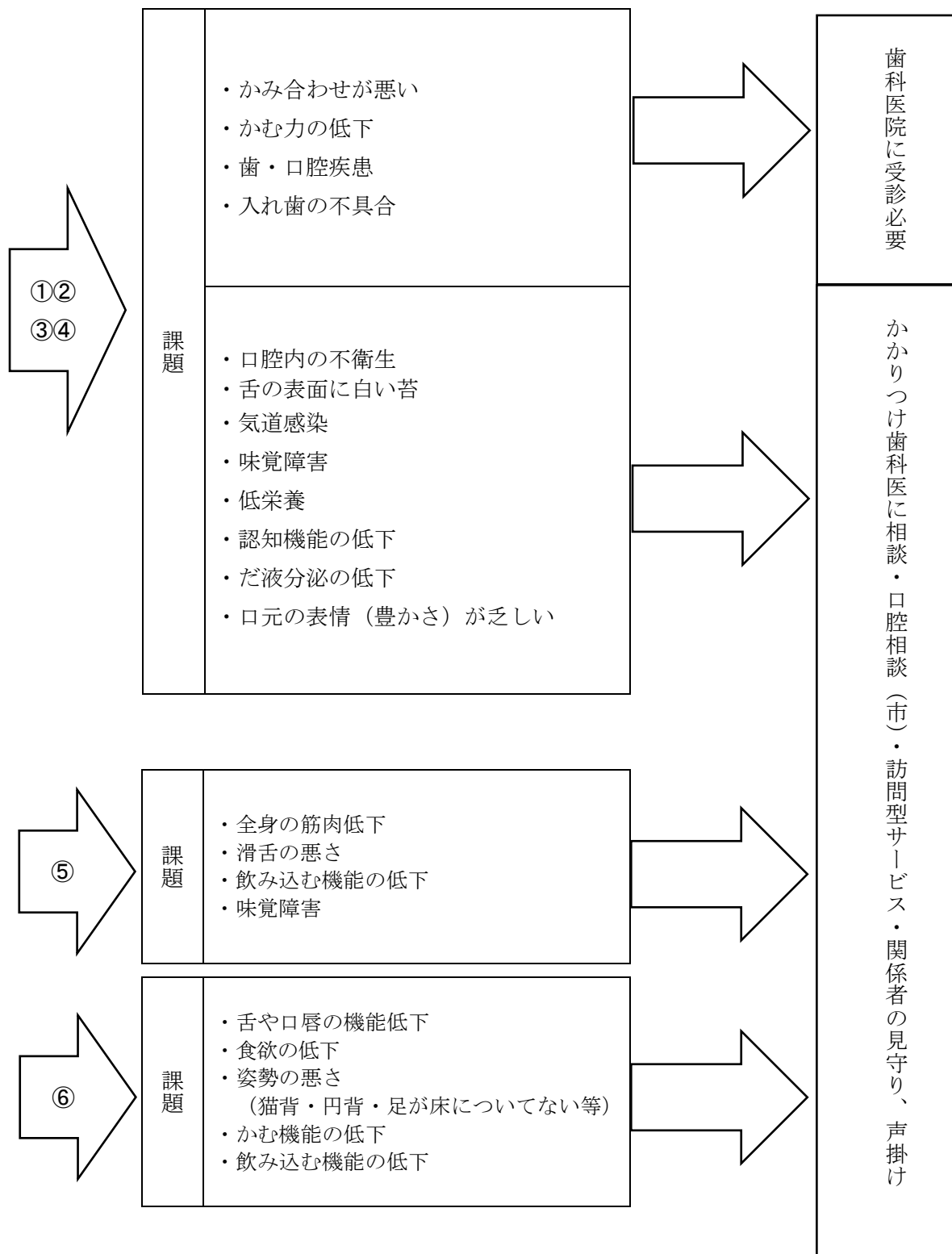
【手順】基本チェックリストの13・15の両方、または14に該当した者は泉大津市版口腔アセスメントシートに記入する。

利用者 () 記入者 ()

咀嚼		自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛めますか？ 1a どちらもできない 1b 片方だけできる 2 両方できる	「両方の奥で噛みしめてください」と声掛けして観察する。
①	見た目	※1a、1bのいずれかがある場合口腔機能低下の可能性が高く注意 唇が乾いていますか（割れてる） はい	支障を感じているかも？ 声掛けしましょう。
衛生		お口の健康状態はどうか よい まあまあ 悪い 夜または寝る前に歯磨きしていますか？ はい 一日何回歯磨き又は入れ歯磨きをしますか？ 1、2回以上 2、1回以下 最近歯医者に行ったのはいつですか？ (日前・ ヶ月前・ 年前・ 忘れた)	高齢者は不顕性肺炎が多いので寝る前の歯磨き是要チェック。
②		聞き取り	
口臭&だ液		自分の口臭が気になりますか？ 原因がわかれば (歯や入れ歯の汚れ・虫歯・食物残渣・舌苔・歯周病・全身の疾患・その他 (口臭を改善することで、家族や友人との積極的なコミュニケーションに繋がる。
③		臭い	30cmくらいの距離で感じるか？観察する。
義歯		入れ歯はありますか？ はい いいえ (入れ歯項目不必要) はいの人→使っていますか 使ってる 使ってない 入れ歯はあっていますか？ はい まあまあ あってない 食事時に使えていますか？ 使えている 使えていない 入れ歯は夜、外して寝ていますか？ はずす・つけたまま寝る	義歯が合わないとき身体のバランスにも影響あり。
④		入れ歯	
全身&だ液		このような症状はありませんか？ 味がわかりにくい はい いいえ 背中が曲がっている はい いいえ 薬が飲みにくかったり、口の中に残ることがある はい いいえ	食や会話がスムーズになると、生活のリズムが改善されます。
⑤		全身	食事姿勢を保持することで栄養の偏りを防止できる。
摂食・嚥下機能		食べ物がのどにつまることある はい いいえ 食事中や食後に咳が出る はい いいえ 食事中あごがだるいことがありますか？ はい いいえ 食事中食べこぼしがありますか？ はい いいえ	
⑥		食事	
	気になることがあればご記入ください		

*不顕性肺炎・・・むせやせきなどの反射がなく、気付かないうちにだ液が気道に入ってしまうこと

*「栄養の偏り」が起因するトラブル・・・咳や飲み込みにくい状態が増えると食事に苦手意識を持ち食欲不振につながる。



7. 泉大津市版栄養アセスメントシートの作成

(目的) 基本チェックリストから導き出された栄養の問題を適切に発見すること

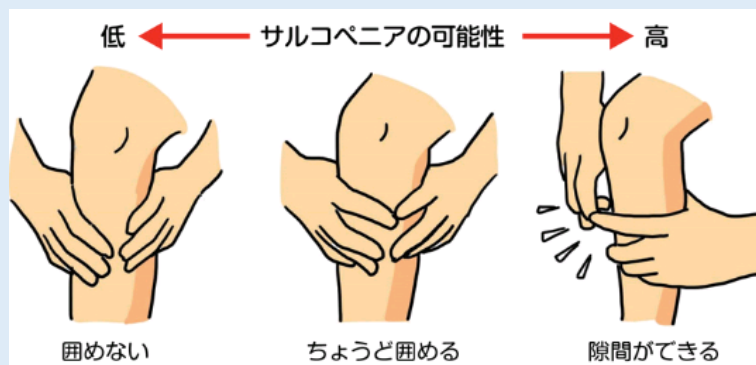
【手順】基本チェックリストの11または12に該当した者は泉大津市版栄養アセスメントシートに記入する。

Memo

- 高齢者になると、からだの衰えが始まる。このような状態をフレイルと言い、積極的にたんぱく質を摂るなどの食事療法を用いることで、からだの筋肉を保つようにしなければならない。
- 表面的には肥満であり、手足が大きく見えても筋肉が少ないサルコペニアという状態に陥ることがある。このような状態のことを「隠れ低栄養」と言って、フレイルの兆候と受け止めること。

簡単チャレンジ～指輪っかテスト～

両手の親指と人差し指で輪っかを作り、その輪っかが足のすねの一番太いところを囲めるかどうかをみる。囲めて隙間ができるようであれば筋肉の衰えがあるものとし、フレイルの目安となる。



- たんぱく質の摂取はフレイル予防には必要ですが、取りすぎは体質と合わない場合もあるので、かかりつけ医と相談すること。
- 食事量の減少は体重の減少と関係する。口腔機能の低下がある場合は口腔のアセスメントも実施すること。
- 体重の変化に注意しましょう！

「最近6カ月間で、体重が2～3kg減りました」

食事量は適量でしょうか？体重を定期的に測ってみましょう。

BMI (体格を客観的に評価する指数) $\text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$

目標とするBMIの範囲

50～69歳 20.0～24.9 kg/m^2

70歳以上 21.5～24.9 kg/m^2

(参考)

泉大津市版栄養アセスメントシートは、介護予防サービス・支援計画書の作成の一助となるが、献立表を用いると問題点がさらによくわかる場合がある。また、買い物の仕方や台所、冷蔵庫の中身などを観察することで栄養バランスを知ることができる。



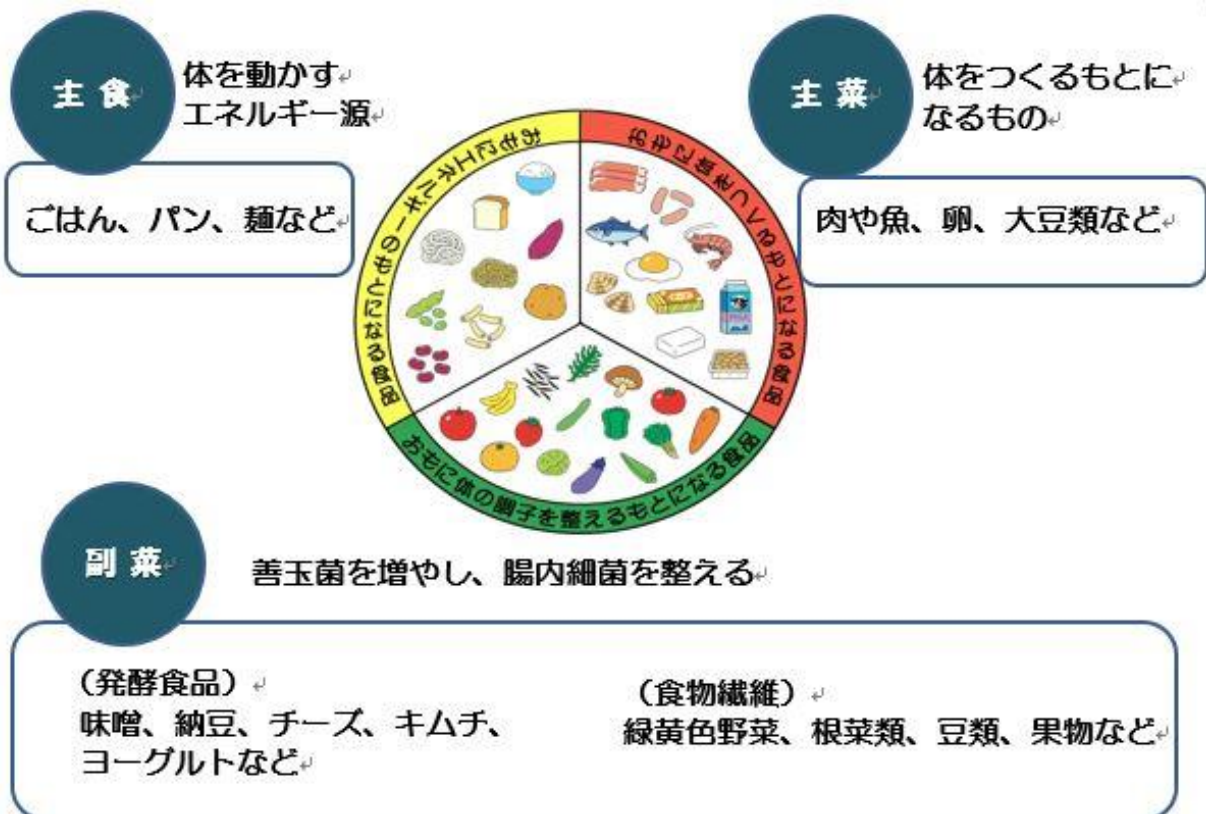
泉大津市版栄養アセスメントシートの使い方

	質問項目	回答		
1	食事をおいしく食べていますか	はい・いいえ	いいえ	①
2	1日に3回、ほぼ決まった時間に食事をしていますか	はい・いいえ	いいえ	
3	毎食、ごはん、パン、麺、いずれかを食べていますか	はい・いいえ	いいえ	②
4	毎食、魚類・肉類・卵・大豆製品、いずれかを食べていますか	はい・いいえ	いいえ	
5	毎食、野菜・きのこ類・海藻類、いずれかを食べていますか	はい・いいえ	いいえ	
6	毎日、牛乳か乳製品（ヨーグルト・チーズ）を食べていますか	はい・いいえ	いいえ	
7	毎日、果物を食べていますか	はい・いいえ	いいえ	③
8	1日に水・お茶を1リットル飲んでいますか	はい・いいえ	いいえ	
9	食材購入（買物）に負担を感じていますか	はい・いいえ	はい	④
10	食事作りに負担を感じていますか	はい・いいえ	はい	
11	医師から、食事の指示はありますか	具体的に記載してください。（例）減塩することなど		
12	朝食（ 時頃）	昼食（ 時頃）	夕食（ 時頃）	間食（ 時頃）
	【例】・ご飯（パン） ・ゆで卵 お茶 ・コーヒー・牛乳	【例】・うどん（そば） ・サラダ・から揚げ ・お漬物・お茶	【例】・ご飯 お茶 ・肉または魚 ・とんかつ・味噌汁	【例】・饅頭 ・おかき ・オレンジジュース

	確認事項	課題	栄養についての相談
①	食欲低下により、食事回数や食事が減っていないかを確認	エネルギー不足による低栄養のリスク	
②③	1日の必要な栄養素が偏りなく水分の摂取を確認 摂取できているかを確認	特にタンパク質不足によるサルコペニアのリスク 脱水のリスク	
④	必要な食事を確保できる環境(本人、支援者)にあるかを確認	食事摂取不足による低栄養のリスク	

③糖尿病、高血圧、脂質異常症の指摘がある。または、心疾患、脳血管疾患の既往歴のある人はかかりつけ医師や管理栄養士の栄養指導を受けましょう。

④3食バランスよく、摂取していますでしょうか。

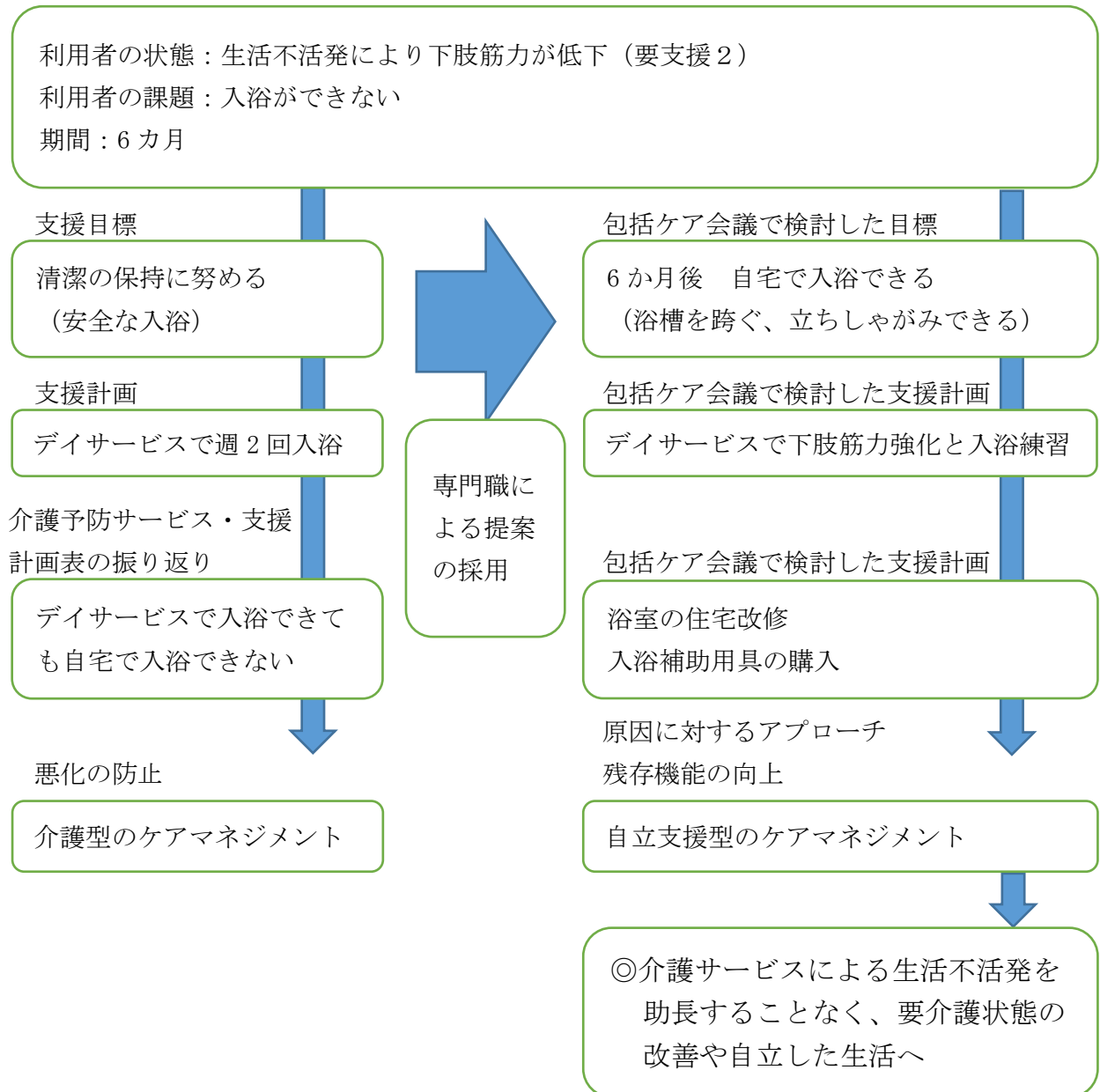


厚生労働省HP 腸内細菌と健康 参考

IV. 包括ケア会議自立支援部会

包括ケア会議自立支援部会は、ケアマネジャーが作成した介護予防サービス・支援計画書を、多職種が各専門領域の視点からケアマネジメントのプロセスに従って検討し、利用者の自立支援・重度化防止の観点からケアマネジャーに助言する場です。ケアマネジャーは得られた助言を利用者への提案や合意形成に活かし、「利用者本位」の自立支援を実践することで、介護予防サービス・支援計画書の質を向上させることを目的としている。

検討事例



Memo

1. 包括ケア会議自立支援部会をご自身の学びの場として活用してください！！

【地域包括支援センター・ケアマネジャー】

- ・ アセスメント力・プレゼンテーション力の向上（合意形成能力）
- ・ 地域資源の整備・利活用

【サービス提供事業者】

- ・ 介護・リハビリテーション技術・モチベーションの向上
- ・ 連携の重要性の学び

【専門職】

- ・ 専門職の地域での役割を考える機会
- ・ 関係者との連携ネットワークの構築
- ・ 職能団体活動としてのスキルアップの必要性

2. 地域包括支援センター・市役所の専門職

地域包括支援センターや市役所には、保健・医療に関する専門職が在籍している。

利用者の生活課題に関する、事後予測や改善の見込み、サービスの選び方について専門職による助言を受けることができる。

3. 医療と介護の連携について

ケアマネジャーによる医療と介護の連携は非常に重要です。高齢者の疾病に基づく生活機能評価や入退院のスムーズな接続、未解決課題の解消のための医療へのつなぎなど、介護現場でも常に重要とされるものです。しかし、ケアマネジャーだけではどのように連携を進めてゆけば良いのかわからないといった意見も多く、ケアマネジャーにとって大きな課題と捉えられがちです。地域包括支援センターには、在宅医療・介護連携コーディネーターが配置されている。在宅医療・介護連携コーディネーターは、高齢者が医療・介護を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で生活が続けられるように、専門職からの退院後の心配事の相談や、在宅医を探す、ケアマネジャーなどの介護関係者と医療関係者との連携を支援するほか、地域住民からの相談にも対応している。

V-1. 介護予防サービス・支援計画書の作成

アセスメント領域毎の課題分析、具体的な目標や実際の支援計画の作成を、利用者・家族の意向を確認しながら行う。利用者や家族との面接でのやりとりを通して介護予防サービス・支援計画書を作る過程において、左から右へ進むように構成されている。つまり、ケアマネジメント（アセスメントから介護予防サービス・支援計画書）の思考過程を明らかにしたものであり、利用者主体の介護予防サービス・支援計画書の作成が可能となる。

介護予防サービス支援計画表

No. _____

利用者の氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 年齢 誕生年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 役割 (介護・介護士、認定者・申請者) _____ 要支援1・要支援2 _____ 地域支援事業 _____

計画作成(変更)日 _____ 契約の種別、計画作成事業番号、事業所名及び所在地 (連絡先) _____

計画とする生活 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題(背景・理由)	総合的課題	課題に対する目標と具体的な提案	具休策についての意向(本人・家族)	目標	支援計画						
							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	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
運動・移動について		□有 □無				()							
日常生活(家庭生活)について		□有 □無				()							
社会参加、友人関係、コミュニケーションについて		□有 □無				()							
健康状態について		□有 □無				()							
<p style="font-size: 2em; opacity: 0.5;">← アセスメント 提案に対する意向確認 ケアプラン →</p>							<p style="font-size: 2em; opacity: 0.5;">← ケアプラン</p>						
<p>【プラン作成の方向性】 ○ アセスメントからサービス選択へ</p>													
<p>【プラン作成の方向性】 × サービスありきの後付けプラン</p>													
健康状態について 自主的疾患発覚、継続的薬、継続的薬等を控えた留意点				【本を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				総合的な方針：生活不活発等の改善予防のポイント					
⑤				⑬				⑭					
<p>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○印をつけて下さい</p>							<p>【家庭】</p> <p>地域包括支援センター</p> <p>【施設】</p>		<p>計画に関する留意</p> <p>上記計画について、同意いたします。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 _____ 印</p>				
⑥	予防給付または地域支援事業	運動 不足	栄養 改善	口腔内ケア	認知症も リ予防	痴呆症 予防	うつ 予防	／5	／2	／3	／2	／3	／5

1. 介護予防サービス・支援計画書の特徴

アセスメント	①	アセスメント領域と現在の状況	ADL・IADLに支援を要する主訴やアセスメントした現状を領域別に記入（4つの領域＋その他事項と分けて記入）
	②	本人・家族の意欲・意向	現在の状況を「本人」「家族」は、 ・どう捉えているのか ・なぜできないと思っているのか ・どうしたいと思っているのか ・どうなったらいいと思っているのか
	③	領域における課題（背景・原因）	何が原因で①の状況になっているのか、現在の状況を招いている原因・背景・根拠を領域ごとに整理する。
	④	総合的課題	・各領域を統合して、全体像としてとらえる。 ・ADL・IADLの何が原因で何ができて、何ができないのか？ ・「悪化の危険性・改善の可能性・予防の必要性」を予測して記入する。 「〇〇が原因で△△や□□が出来ない」、「〇〇が悪化する危険性があり予防が必要」
	⑤	健康状態について（主治医意見書・生活機能評価等を踏まえた留意点）	・プランを立てる上で留意すべき事項を記入する。（例：血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要等） ・運動や食事制限等、主治医の指示があれば記入。
	⑥	必要な事業プログラム（基本チェックリスト結果記入）	・基本チェックリストの25項目を回答してもらい、プログラムごとのチェックリストの項目数を分母にし、該当した項目数を分子として「3/5」のように枠内に記入する。
提案に対する意向確認	⑦	課題に対する目標と具体策の提案	・総合的な課題から、本人がめざす目標を言語化する。 ・目標を達成するための具体策（介護保険・介護保険外）を提案する。
	⑧	具体策についての意向 本人・家族	・ケアマネジャーが提案した目標・具体策について、本人や家族はどう考えているのかを記入（合意がとれていない場合は目標を修正していく）
ケアプラン	⑨	目標	・課題に対して本人が目指す日々の取組みを経た事後予測の設定
	⑩	目標についての支援のポイント	・本人・家族を含む支援者共通の安全管理上のポイント等を記入する。 「～が出来るように～を支援する。」、「～に注意して声掛け、配慮する。」 ※サービス内容は記入しない。
	⑪	本人などのセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	・本人が自ら取り組むことや、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等 ・誰が何をするのか具体的に記入する。
	⑫	介護保険サービスまたは、地域支援事業	・地域資源、介護保険サービスなど、それぞれの具体的な支援内容を記入する。
	⑬	本来行うべき支援が実施できない場合（妥当な施策の実施に向けた方針）	・必要なサービスと判断されるが、利用者や利用者家族の合意が取れない場合は、本来の支援ができるように働きかける具体的な手順や方針を書く。 ・本来必要な地域資源が地域にない場合には新しい活動の創設などの必要性を記入する。
	⑭	総合的な方針。介護予防および改善・支援のポイント	・介護予防に向けて取り組む共通の方向性や留意する点などを記入する。

2. 課題分析を踏まえた介護予防サービス・支援計画書の作成

利用者基本情報、基本チェックリスト、興味・関心チェックシート等を利用し、より利用者にあった目標設定に向けて、趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」、「～できるようになる」というような具体的な目標を設定する。

アセスメントとともに介護予防サービス・支援計画書の見直しも検討しよう。

- (1) 利用者の状況を把握する。(アセスメント)
- (2) **生活課題**を明らかにする。(生活面ではどのような支障を来しているか。)
- (3) 自立を阻害する要因を明らかにする。
- (4) (1)～(3)を踏まえて具体的な生活課題を改善できる目標を設定する。
- (5) 課題解決、又は目標達成のためのサービスや地域資源を提案する。

事例：圧迫骨折による腰痛がある利用者

基本チェックリスト 運動5/5 口腔3/3

【お世話型（代行型）介護予防サービス・支援計画書】

生活全般の解決すべき課題	目標	支援内容	サービス種別	頻度	期間
自宅での掃除が難しい。	自分でできる事を続けます。	できない掃除を支援します。	訪問型サービスA (家事エンジャー)	週1回	6ヵ月



【自立支援型介護予防サービス・支援計画書】

生活全般の解決すべき課題	目標	支援内容	サービス種別	頻度	期間
自宅での掃除が難しい。 (圧迫骨折による痛みでかがむ動作が難しくなっている。)	コンセント操作など掃除の準備ができる。	①掃除（コンセントの操作や掃除機を運ぶ）を支援します。掃除機準備の動作練習や道具を調整し、本人が自身でできる工夫を提案します。 ②掃除機は自身でかけます。 ③床からの立ち座りができるように、また、掃除機がかけられるように立位バランスの練習メニュー提案をします。	①訪問型サービス（現行） ②本人 ③-1 訪問型サービスC（らくらく訪問） ③-2 通所型サービスC（元気塾）	週1回	3ヵ月

3. サービスの組み立て（併用等）について

(1) 基本的な考え方

- ・ 利用するサービスを検討する際は、サービス事業の利用のみに限定せず、広く地域資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、利用者の自立を支える介護予防サービス・支援計画書原案を利用者と共に作成する。
- ・ 訪問型サービス、通所型サービス、その他一般介護予防事業等は、組み合わせて利用することができる。（P 27～29 参照）
- ・ 事業対象者は予防給付を受けることができない。

(2) 利用者を自立に導く

- ・ 利用者の有する能力の維持向上のため、状態像の特性を踏まえたサービス提供を行うことが重要。

(3) 利用者の意欲を汲む

- ・ 適切なアセスメントをもとに、「したい」「できるようにになりたい」日常生活上の行為を目標として明確に設定し、その達成のために総合事業やそれ以外の地域資源等を活用し、地域において生きがいや役割を持った生活の継続ができるよう、本人の意欲に働きかける。

(4) 生活機能の維持・向上を図る

- ・ より専門性の高いサービスが必要な場合は、通所型サービスを優先して検討すること。また、生活課題が明らかで解決に結び付けられる事後予測ができれば、短期集中型サービスを優先すること

(5) 自立につながる見込みについて検討すること

- ・ 介護予防サービス計画策定時に、自立につながる見込みの有無を見極めるため通所型サービスCの利用を検討すること。
- ・ 訪問型現行相当サービスの利用によって自立につながる見込みがある場合に限っては、最長6カ月間の現行相当サービスの利用を認める。

Memo

～生活支援、介護予防の体制整備について～

地域包括支援センターに生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置している。生活支援コーディネーターは、高齢になっても住み慣れた地域で、元気に過ごせるように地域住民と、介護予防の取り組みや足りないサービス等を一緒に考え、地域づくりをすすめている。人と交流する機会がない、外出する機会が減っているなどの相談があればお問い合わせください。

泉大津市地域包括支援センター（バルセンター内）

【住所】 泉大津市東雲町 9-54 【電話】 0725-21-0294



4. 要支援者・事業対象者が利用できる総合事業サービス

(1) 介護予防・生活支援サービス事業（訪問型サービス）

	<p>訪問介護相当サービス</p>	<p>自分のことは自分でしたい！</p> <p>家事エンジニア（訪問型サービスA）</p>  <p>私たちがお手伝いします！</p>	<p>《短期集中で》 日常生活のお困りごとを何とかしたい！</p> <p>らくらく訪問（訪問型サービスC）</p>  <p>台所に立って料理がしたい しっかり噛んでおいしく食べたい</p>
内容	<p>○家事エンジニアの利用が下記の理由で困難なケースを対象にした訪問介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助等の身体介護が必要 ・認知機能の低下により日常生活に支障のある症状、行動を伴う場合 ・退院直後で状態が変化しやすい場合 <p>○自立につながる見込みがある場合の期間限定での利用</p>	<p>生活援助（掃除、洗濯、料理、買い物代行等1時間程度）</p> <p>生活援助（掃除、洗濯、料理、買い物代行等1時間程度）</p>	<p>専門職が自宅に訪問し、日常生活のお困りごとに対応して、運動・口腔・栄養についてアドバイスを実施します。</p>
併用	<p>らくらく訪問との併用は可能</p> <p>家事エンジニアとの併用は想定しない</p>	<p>らくらく訪問との併用は可能</p> <p>訪問介護相当サービスとの併用は想定しない</p>	<p>訪問介護相当サービスとの併用は可能</p> <p>家事エンジニアとの併用は可能</p>
場所	<p>自宅</p>	<p>自宅</p>	<p>自宅</p>
実施期間	<p>規定はないが、プラン切り替え時に家事エンジニアへの移行を常時検討をすること。なお、自立達成に用いる場合は原則6カ月以内とする。</p>	<p>規定なし</p>	<p>3ヶ月間</p> <p>※訪問の頻度や回数は利用者に応じて決定します。詳しくはお問い合わせください。</p>
日時	<p>ケアプランの利用日時</p>	<p>ケアプランの利用日時</p>	<p>要相談</p>
利用料	<p>サービスコードA2参照 (所得に合わせて1割～3割)</p>	<p>サービスコードA3参照</p>	<p>1回 100円（参加費）</p>
限度額管理	<p>あり</p>		<p>なし</p>
ケアマネジメント	<p>ケアマネジメントA</p>		
問合先	<p>各サービス提供事業所</p>	<p>市内指定サービス提供事業者</p>	 <p>泉大津市役所高齢介護課 (市役所1階9番) 0725-33-1131</p> 

(2) 介護予防・生活支援サービス事業 (通所型サービス)

2) 介護予防・生活支援サービス事業 (通所型サービス) (※通所サービスA「ステップアップスクール社協」はR3年3月31日をもって終了しました。)	
<h2>通所介護相当サービス</h2>	
<p>内容</p> <p>○通所介護 通常、食事や入浴を目的に主に利用する通所介護です。 身体状態によっては身体介助も行います。</p> <p>○機能訓練強化型 「元気になりたい」と思う高齢者が身体機能の維持改善・機能訓練の成果を目指すための通所介護です。</p>	<p>日常生活のお困りごとを何とかしたい!</p> <p>元気塾 (通所型サービスC)</p> <p>自信をもって 外出したい</p> <p>歩いて買物に行きたい</p> <p>日常生活のお困りごとに対して、リハビリ専門職等のアドバイスを 受け、身体の機能をアップさせていくメニューを実施します。</p>
併用	元気塾との併用は可能
場所	ルネサンスアルザ泉大津 (泉大津駅前)
実施期間	3ヶ月間 (週1回 全12回) ※全12回のプログラムに参加していただくことが 基本になります。
日時	毎週月曜日 午前10時～12時
利用料	全12回分 1000円 (参加費)
限度額管理	あり
ケアマネジメント	ケアマネジメントA
問合せ先	ルネサンスアルザ泉大津 旭町18-6 アルザ泉大津3階 0725-31-3000

(3) 一般介護予防事業

介護予防普及啓発事業										
65歳以上が対象です！	介護予防把握訪問	介護予防普及啓発事業						地域介護予防活動支援事業	地域リハビリテーション活動支援事業	
		フレイル測定会	楽笑会	あたま活き活き体操	筋力レベルアップ教室	今から始めるはじめてダンス	出前講座	ハロハロラジオ	自主サークル支援	
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問対象 ・75歳と高齢者 ・要介護認定の結果 ・における非該当者 ・地域情勢に合わせ把握を必要とした者 	自分の体力を知って介護予防のきっかけづくりのために開催健康運動指導士による個別指導あり	身近な長寿園などで椅子に座ってできる体操（介護予防活動の入門編）	認知症対策と日々の運動習慣の獲得を目的に定期的開催	体幹機能強化のための運動を定期的に開催（運動による筋力・持続力を向上）	ストリートダンスに興味のある方、集合（認知症予防にも効果あり）	あしゆび、介護予防、尿漏れ、熱中症、腰痛、認知症等をテーマに講義をテーマに講義	FMいずみおおつで第3火曜日の午前9:00分から30分間、口腔をテーマにラジオ番組を放送中	自主サークル活動の立ち上げ・継続支援等	理学療法士等、専門職によるスポット派遣
予約・申請の有無	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	なし	立ち上げ支援の申請	高齢介護課と調整必要
対象者	65歳以上市民	会場まで来場できる65歳以上の市民・地域でボランティアとして活動を希望する市民								
利用料	一部利用料を課す場合があります。									
限度額管理	なし									
ケアマネジメント	ケアマネジメントC(事業対象者・要支援1・要支援2の認定を受けている人のみ)									
問合せ先				泉大津市役所高齢介護課 (市役所1階9番) 0725-33-1131						

Memo

短期集中サービス（元氣塾・らくらく訪問）を有効利用しよう！
 理学療法士、歯科衛生士及び管理栄養士が生活課題に対し集中的に介入することによって課題解決へとつなげるサービス。ケアマネジメン
 トの目標達成までの期間を短縮するとともに、短期間で本人がその成果を確認するため、積極的なサービス利用を心がけましょう。

5. サービスCの利用の流れ

(1) 通所型サービスC（元気塾）

事業の流れ (期間は目安です)	ケアマネジャーの動き	サービス提供者の動き
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービスをこれから利用する人は本サービスの利用を必ず検討すること。 ・利用ができない場合は、介護予防サービス・支援計画書の本来行うべき支援が実施できない場合に理由を記入すること ・運動に不安のある人は、必要に応じて主治医と連携を図ること ・利用者の見学体験ができます。 	
事業所へ連絡 (2～3週間前)	<ul style="list-style-type: none"> ・必要書類の提出 <ul style="list-style-type: none"> ※利用者基本情報（必須） ※介護予防サービス・支援計画書（なければ対象者の生活課題、問題点などが分かるもの。アセスメント等） ・サービス担当者会議の日程調整 	
サービス担当者会議 の開催	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の運営 目標の共有、利用日の確認 ・必要書類の提出 <ul style="list-style-type: none"> ※お薬手帳 (担当者会議終了後) ・サービス提供票及び介護予防サービス・支援計画書をサービス提供者に提出 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の出席 ・事前アセスメント 家庭訪問を行い、身体機能評価、生活環境の確認、目標設定
実施前月の実施日		<ul style="list-style-type: none"> ・体力測定の実施
1カ月目の実施日	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じてモニタリングの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・体力測定・プログラムの実施 検討
2か月目の実施日	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの実施 ・カンファレンスの参加 (終了時の見通しの確認) 	<ul style="list-style-type: none"> ・体力測定・カンファレンス
3か月目の実施日	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの実施 ・カンファレンスの参加 (終了の決定と事後プランへの考察) 	<ul style="list-style-type: none"> ・体力測定・カンファレンス


※2か月目と3か月目の実施日はケアマネジャーもカンファレンスに参加すること

(2) 訪問型サービスC（らくらく訪問）

事業の流れ (期間は目安です)	ケアマネジャーの動き	サービス提供者の動き
注意事項	運動に不安のある人は、必要に応じて主治医と連携を図ること	
高齢介護課へ受付 (2～3週間前)	<ul style="list-style-type: none"> ・必要書類の提出 ※利用者基本情報（必須） ※介護予防サービス・支援計画書（なければ対象者の生活課題、問題点などが分かるもの。アセスメント等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の決定 ケアマネジャーに事業所情報を提供 ・対象者情報を事業所へ提供
事業所へ連絡 (2～3週間前)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の日程調整 	
サービス担当者会議 (1週間前まで)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の運営 目標の共有、利用日の確認 ・必要書類の提出 ※お薬手帳 (担当者会議終了後) ・サービス提供票及び介護予防サービス・支援計画書をサービス提供者に提出 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の出席 ・事前アセスメント 身体機能評価、生活環境の確認、目標設定
サービス提供		<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供 ・1 か月ごとにモニタリングを実施し、結果をケアマネジャーへ提出 ・卒業後の活動について助言
モニタリング (開始3ヶ月後)	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの実施 (らくらく訪問最終日に同席してもらうことも可能) 	

6. 目標設定の確認

目標の立て方は具体的で評価につながりやすいものにすることが重要
課題と自立支援に向けた目標設定を明確にすること

生活全般の解決すべき課題	目標とする生活	
	1日	1年
現状・・・・・・・・○○○	例) 規則正しい生活を送る	例) 今と同じ生活を続けることができる
本人の希望・・・・・・・・○○○		
その差・・・・・・・・○○○	その差を埋める日常の取り組み	取り組みの結果の予測を踏まえた目標

どのようにしたら利用者がもともと過ごせていた生活を取り戻せるのか考えましょう。

V-2 サービス担当者会議の開催

1. 目的

利用者やその家族の生活全体及びその課題を共有する。また、地域資源等について情報共有し、その役割を理解する。

包括ケア会議自立支援部会や専門職からの助言を踏まえ、利用者の課題・生活機能向上の目的・支援の方針・支援計画などを協議する。

サービス提供事業者の役割を相互に理解する。

2. サービス担当者会議録の作成

検討した項目：開催した「目的」を簡潔に書き、「検討した項目」をわかりやすく書く。

検討内容：それぞれの期間やサービス提供事業者が、実施するサービスの内容だけでなくサービス提供方法・留意点・頻度・時間数・担当者などを検討する。

結論：検討項目ごとに結論を書き、「いつまでに誰が○○する」という具体的な書き方で結論を明記すること。それぞれの役割分担にもれがないか、計画がスムーズに進行するか、話し合った要点を書き留める。

残された課題：残された課題について、誰がいつまでに何をするのか書くこと

※次回の開催目的や開催日又は開催時期などは、明記する。

※地域資源が不足しているためにサービス利用に結び付かなかった場合には、その旨を書き留める。

利用者氏名

様

計画作成者氏名

年月日	内 容	年月日	内 容

時系列で支援方法を記入する。

- ・モニタリング
- ・サービス担当者会議
- ・関係機関との連絡などを記入する

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。
2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する。

V-3. 介護予防サービス・支援計画書の修正と確定

遅滞なくプランを利用者に説明し、利用者の同意を得る。必要な場合は修正し、プランを確定する。

Memo
～専門職の活用を～
プランの修正について、ケアマネジャーのみで説明が困難な場合は、理学療法士や歯科衛生士などの専門職に助言を求め、本人等との合意形成を図りましょう。

VI. モニタリング

時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む。）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス提供事業所や家族との調整などを記入する。

- (1) 利用者の生活状況に変化がないか。
- (2) 支援計画どおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- (3) 個々のサービス等の提供やその内容が、適切であるかどうか。
- (4) 利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- (5) その他、支援計画の変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

VII-1. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表の作成

評価は、現行プランの変更・継続・終了した時に行う。

介護予防支援・サービス評価表							評価日 平成 年 月 日
利用者名 _____ 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	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
総合的な方針		⑧		地域包括支援センター意見		⑨	
				<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了		<input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了	

評価表の記入について

	欄	内容
①	目標	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。
②	評価期間	介護予防サービス・支援計画書の期間と一致させる。 ※介護予防サービス・支援計画期間途中で評価する場合を除く。
③	目標達成状況	評価期間内に目標がどの程度達成できているか、具体的に記入する。
④	達成度	・目標達成をした場合は、○＜達成＞ ・未達成の場合は、×＜未達成＞
⑤	未達成の原因 (本人家族)	【目標達成をした場合】 なぜ、目標達成ができたのか、次回の目標設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し、理由を記入する。 【目標未達成の場合】 なぜ、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記入する。
⑥	未達成の原因 (ケアマネジャー)	【目標達成をした場合】 なぜ、目標達成ができたのか、利用者・家族の意見を含め、ケアマネジャーとして評価を記入する。 【目標未達成の場合】 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、ケアマネジャーとして評価を記入する。
⑦	今後の方針	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入する。
⑧	総合的な方針	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入する。
⑨	地域包括支援センター	再委託した場合に、ケアマネジャーに対し、地域包括支援センターの担当者がコメントを記入する。
⑩	プランにチェック	基本的には「プラン変更」になる 今後の方針として、ケアマネジャーが該当するものにレ点をつける。 再委託していた場合、ケアマネジャーが該当するものにレ点をつけ、地域包括支援センターに提出する。
⑪	対象事業にチェック	今後の方針として、ケアマネジャーが該当するものにレ点をつける。 再委託していた場合、ケアマネジャーが該当するものにレ点をつけ、地域包括支援センターに提出する。

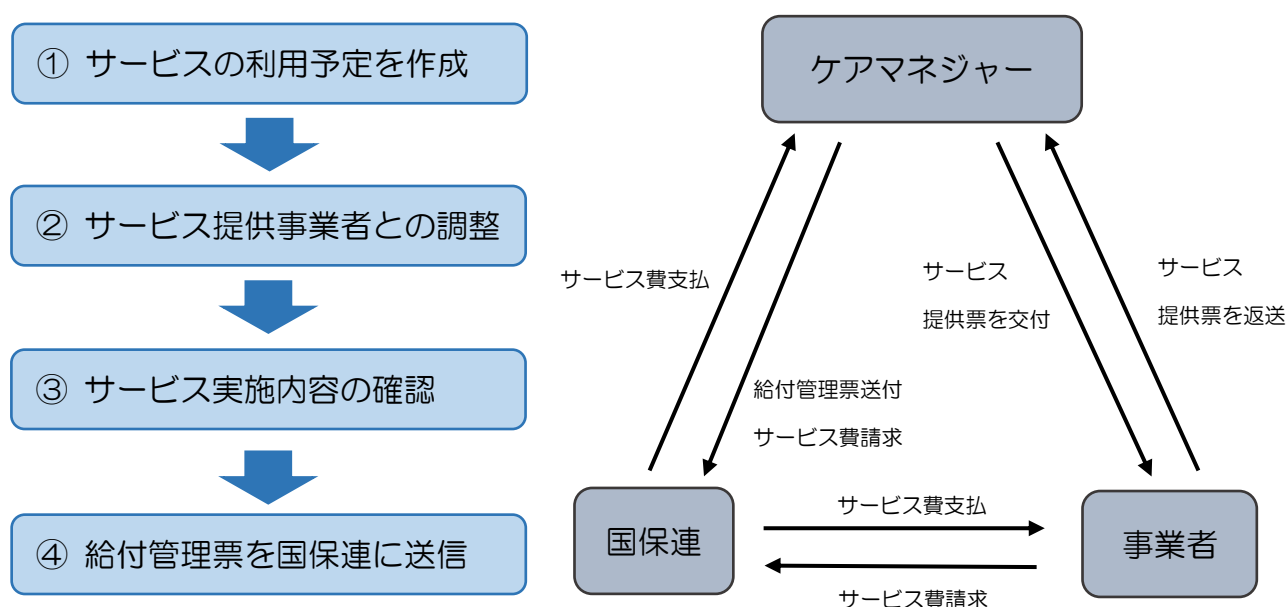
VII-2. 給付管理・ケアマネジメント費請求に関する取扱い

1. 給付管理

(1) 給付管理の手順

総合事業においても、指定事業者によるサービス（訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、通所介護相当サービス）を利用する場合は、給付管理を行う必要がある。

給付管理は、現行の予防給付と同様に、①1か月単位で個々の利用者のサービス利用予定を作成し、②サービス提供事業者との調整を行い、③サービス提供後は実施内容を確認し、④国保連合会に給付管理票を提出するという手順で行う。



① サービスの利用予定の作成

ケアマネジャーは、個々の利用者に、「サービス利用票」と支給限度額の管理や利用者負担限度額などの概算書となる「サービス利用票別表を作成（利用者用と事務所に2部作成）し、利用者に交付する。「サービス利用票」の内容に利用者の同意・確認を得られたら、「同意書欄」に署名または捺印してもらい、1部を利用者に交付し、1部を控えとして保管する。

② サービス提供事業者との調整

次に、「サービス利用票」から各サービス提供事業者に関係する部分を転記して「サービス提供票」と支給限度額を管理するための「サービス提供票別表」を作成し、それぞれのサービス提供事業者に交付する。

③ サービス実施内容の確認

各サービス提供事業者は、「サービス提供票」にもとづいてサービスを行い、提供したサービスの実績をサービス提供票の「実績」欄に記入し、その月のサービス提供がすべて完了した後、ケアマネジャーに返送する。ケアマネジャーは、実績が記された「サービス提供票」及び「サービス提供票別表」をサービス提供事業者から受け取

り、そこに記されている実績を、控えとして保管していた「サービス利用票（控）」に転記し、「サービス利用票（控）」の予定と「サービス提供票」の実績に食い違いがないか確認する。仮に、利用者の都合などで予定通りにサービス提供がなされなかった場合は、利用者に確認をとるなどして、サービス提供事業者側の記す実績に間違いがないかを確認し、「サービス利用票（控）」の実績欄を埋める。

④ 給付管理票の国保連合会への送付

地域包括支援センターは、「サービス利用票（控）」が完成したら、その内容を転記して「給付管理票」を作成する。「給付管理票」は、毎月10日までに国保連に提出する。国保連には、各サービス提供事業者からサービス費の請求書と明細書が届く。国保連では、明細書の内容とケアマネジャーから届く「給付管理票」を突合して確認が行われ、各サービス提供事業者にサービス費が支払われる。

(2) 支給限度額

① 事業対象者の場合

事業対象者がサービス事業を利用した場合の給付管理については、指定事業者によるサービス（訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、通所介護相当サービス）を利用した場合のみ行う。その際は、5,032単位（予防給付の要支援1相当の支給限度額）を上限とする。

事業対象者の支給限度額	給付管理の対象となるサービス
5,032単位（要支援1相当）	訪問介護相当サービス 訪問型サービスA 通所介護相当サービス

② 要支援認定者の場合

要支援認定者がサービス事業を利用する場合は、予防給付のサービスを利用しつつ、サービス事業（指定事業者のサービス）を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、予防給付とサービス事業を一体的に給付管理する。

要支援認定者の支給限度額	給付管理の対象となるサービス
5,032単位（要支援1）	訪問介護相当サービス 訪問型サービスA 通所介護相当サービス } 指定事業者のサービス
10,531単位（要支援2）	

2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント費に関する費用の請求

利用者に対してケアマネジメントを実施した場合は、利用者の区分や利用サービスによって、適切なコードを選択し、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費を請求する。

(1) 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費の選択

介護予防ケアマネジメントに関する費用については、以下のとおり利用するサービスの種類に応じて請求する。なお、予防給付とサービス事業をともに利用する場合にあっては、予防給付による介護予防支援により報酬が支払われる。

	予防給付とサービス事業を利用	予防給付のみ利用	サービス事業のみ利用
要支援認定者	予防給付による介護予防支援		介護予防ケアマネジメントA
事業対象者			またはC

サービス事業のみ利用の場合は、対象者の利用サービスに応じて介護予防ケアマネジメントAまたは介護予防ケアマネジメントCを選択する。(27～29ページ参照)

	介護予防支援（予防給付）	介護予防ケアマネジメント（総合事業）	
		介護予防ケアマネジメントA	介護予防ケアマネジメントC
利用サービス	介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防訪問入浴介護 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与	訪問介護相当サービス 訪問型サービスA 訪問型サービスC 通所介護相当サービス 通所型サービスC	一般介護予防事業
	予防給付のサービスと共に、サービス事業（総合事業の訪問型サービスや通所型サービス）を利用している場合は、介護予防支援費として請求する。 ※この場合、訪問型サービス・通所型サービスのサービスコードは総合事業のサービスコードとなる。	予防給付のサービスと総合事業の訪問サービスまたは通所サービスを併用しているが、予防給付のサービス利用がない月は、介護予防ケアマネジメント費での請求となる。 ※予防給付対象のサービス実績が無い場合、介護予防サービス計画費（予防給付）は算定できない。	

※詳しくは 市ホームページへ

(2) サービス事業における介護予防ケアマネジメント費の請求コード

ケアマネジメントの結果、利用するサービスがサービス事業のみとなった場合は、介護予防ケアマネジメントAまたはCを選択し、国保連合会へ請求する。

種別	単位数	対象者
①介護予防ケアマネジメントA	438	予防給付を受けない要支援者・事業対象者で、 ・訪問介護相当、訪問型A、訪問型C ・通所介護相当、通所型C の利用者
※必要に応じて、 —②初回加算	300	
—③委託連携加算	300	その他、困難事例等地域包括支援センターが判断した場合
④介護予防ケアマネジメントC	438	予防給付を受けない要支援者・事業対象者で、一般介護予防事業、住民主体の活動等のみ利用者

***請求コードについては、市ホームページ参照**

*** 1 初回加算 (300単位/月)**

基本的には指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じ、以下の場合に算定できる。

- ・ 新規に介護予防ケアマネジメントAを実施する場合（介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2ヶ月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントAを実施する場合）
- ・ 要介護認定者が要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントAを実施する場合

※ 予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から事業対象者としてサービス事業に移行した時は、初回加算の算定を行うことはできない。

*** 2 委託連携加算 (300単位/月)**

地域包括支援センターが利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事務所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報連携等を行った場合に算定できる。

(3) 請求と支払い

地域包括支援センターは、介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費を国保連合会に請求し、市が国保連合会を経由して地域包括支援センターに支払いを行う。

(4) 要介護認定申請時における費用の支払いについて

- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定の申請を行い、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て必要なサービス事業を早急に利用することができる。この場合、並行して要介護認定の申請

を行うことも可能である。

- ・ 要介護認定申請後、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始し、認定結果が要介護1以上であった場合でも、認定結果の出た日以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業から支給される。
- ・ 事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては、事業対象者として取り扱う。
- ・ 要介護認定の暫定介護予防サービス・支援計画による介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできない。
- ・ サービス事業を利用する事業対象者が、月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。また、限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡を取り、給付管理を行う。

(5) 小規模多機能型居宅介護等の利用について

小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、予防給付においてケアマネジメントを行っていることから、サービス事業によるケアマネジメント費を支給しないものとする。

(6) 介護予防ケアマネジメントの受託件数について

介護予防ケアマネジメントにあたっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逓減制には含めない。

(7) 利用者負担

① 訪問（通所）型サービスの利用者負担

要支援者・事業対象者が利用できる総合事業サービスの利用料の欄を参照してください。

② 利用者負担額の軽減制度について

ア 高額介護予防サービス費相当事業

- ・ サービス事業利用に係る利用者負担の家計に与える影響を考慮し、高額介護予防サービス費に相当する事業を実施する。
- ・ 対象となるサービス事業は、指定事業者によるサービス（訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、通所介護相当サービス）
- ・ 高額介護（予防）サービス費と一体的に実施し、所得判定及び自己負担限度額等は、給付と同様に設定する。

イ 高額医療合算介護予防サービス費相当事業

- ・ サービス事業利用に係る利用者負担の家計に与える影響を考慮し、医療保険の自己負担額を合算した額を考慮した高額医療合算介護予防サービス費に相当する事

業を実施する。

- ・ 対象となるサービス事業は、指定事業者によるサービス。（訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、通所介護相当サービス）
- ・ 高額医療合算介護（予防）サービス費と一体的に実施し、所得判定及び自己負担限度額等は、給付と同様に設定する。

(8) 給付制限

- ① 事業対象者がサービス事業を利用する場合、給付制限は適用されない。
- ② 給付制限中の要支援認定者がサービス事業を利用する場合、給付制限は適用されないが、予防給付を利用する場合は、従来通り給付制限が適用される。

(9) 住所地特例

実施主体	保険者市町村	施設所在市町村
基本チェックリスト		○
依頼届出書 ※1		○
受給者台帳登録	○	
被保険者証交付	○	
国保連合会へ連絡 ※2	○	
介護予防ケアマネジメント ※3		○
総合事業の実施 ※4		○

※1 施設所在市町村は、依頼届出書を受け取った時は、速やかに保険者市町村に依頼届出書の写しを送付する。

※2 サービス事業の実施に要した費用を、国保連合会を経由して支払う場合は、保険者市町村から国保連合会に住所地特例対象者を連絡する。

※3 介護予防ケアマネジメントに要した費用は、保険者市町村が支払う。

保険者市町村が大阪府内の場合は、地域包括支援センターから施設所在市町村に請求し、国保連合会を通じて地域包括支援センターに支払いと、保険者市町村に請求がされる。

保険者市町村が大阪府外の場合は、地域包括支援センターから施設所在市町村に請求し、国保連合会を通じて地域包括支援センターに支払いと、施設所在市町村に請求がされる。施設所在市町村は負担金調整依頼書を年1回国保連に提出して、国保連が負担金として財政調整を行う。

※4 総合事業に要する費用のうち、施設所在市町村が指定した事業者が提供するサービスに要した費用は、国保連合会を経由して保険者市町村が施設所在市町村に対して支払う。それ以外のサービスに要する費用については、施設所在市町村が支払う。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント 実施における関連様式・手順書

様式1 利用者基本情報

様式2 生活機能評価票

様式3 興味・関心チェックシート

様式4 泉大津市版口腔アセスメントシート

様式5 泉大津市版栄養アセスメントシート

様式6 介護予防サービス・支援計画書

様式7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

(サービス担当者会議の要点を含む)

様式8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

資料1 住宅改修・福祉用具等について

利用者基本情報

《基本情報》

泉大津市(様式1)

作成担当者:

相談日	年 月 日()	来所・電話・訪問 その他()	初回 再来(前)	
把握経路	1.介護予防検診 2.本人からの相談 3.家族からの相談 4.非該当 5.新予防からの移行 6.関係者 7.その他()			
本人の状況	在宅・入院 又は 入院中()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生()歳	
住所		TEL FAX		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: ~ (前回の介護度)			
障害等認定	身障()・療育()・精神()・難病()・その他()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室(有 階・無)・住宅改修(有・無) 浴室: 有・無 便所: 様式・和式 段差の問題: 有・無 床材、じゅうたんの状況() 照明の状況() 履物の状況()			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・ []			
来所者 (相談者)		続 柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=ハート 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所		家 族 構 成		
緊急 連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			日中独居(有・無)家族関係等の状況 []	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
	友人・地域との関係			

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

_____年 月 日 氏名 _____ 印

【 生活機能評価 】

泉大津市（様式2）

氏名	ふりがな	性別	調査日	事前	令和	年	月	日
				事後	令和	年	月	日

		事前	事後予測	備考
ADL	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄			
	食事			
	入浴			
	着脱衣			
IADL	掃除			
	洗濯			
	買い物			
	調理			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
	社会参加			

※事前には現状の自立度を、事後予測には本プラン終了時に変化が予測される項目のみを記入してください。
備考にはできること、できないことを具体的に記載してください。

自立度 困難度と 改善可能性 判定	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
	○1	○2	△1	△2	×1	×2

【 生活機能の低下を引き起こしている背景・要因等 】

個人因子	環境因子

服薬	
心身の状況(水分・排便・睡眠・食事カロリー・活動量等含む)	
その他利用事業	
ケース提出理由(助言を受けたいこと等)	







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			

利用者（ ） 記入者（ ）

咀嚼	 見た目	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか？ 1a どちらもできない 1b 片方だけできる 2 両方できる ※1a、1bのいずれかがある場合口腔機能低下の可能性が高く注意が必要です。 唇が乾いていませんか（割れてる） はい いいえ
①		
衛生	 聞き取り	お口の健康状態はどうか よい まあまあ 悪い 夜または寝る前に歯磨きしていますか？ はい いいえ 一日何回歯磨き又は入れ歯磨きをしますか？ 1、2回以上 2、1回以下 最近歯医者に行ったのはいつですか？ （ 日前・ ヶ月前・ 年前・ 忘れた）
②		
口臭&だ液	 臭い	自分の口臭が気になりますか？ はい いいえ 原因がわかれば （歯や入れ歯の汚れ・虫歯・食物残渣・舌苔・歯周病 ・全身の疾患・その他（ ））
③		
義歯	 入れ歯	入れ歯はありますか？ はい いいえ あるが使っていない はい いいえ 入れ歯はあっていますか？ はい まあまあ あってない 食事時に使えていますか？ はい いいえ 入れ歯は夜、外して寝ていますか？ はずす・つけたまま寝る
④		
全身&だ液	 全身	このような症状はありませんか？ <input type="checkbox"/> 味がわかりにくい <input type="checkbox"/> 背中が曲がっている <input type="checkbox"/> 薬が飲みにくかったり、口の中に残ることがある
⑤		
摂食・嚥下機能	 食事	食べ物がのどにつまることある はい いいえ 食事中や食後に咳が出る はい いいえ 食事中あごがだるいことがありますか？ はい いいえ 食事中食べこぼしがありますか？ はい いいえ
⑥		
	気になることがあればご記入ください	

	質問項目	回答		
1	食事をおいしく食べていますか	はい・いいえ	いいえ	①
2	1日に3回、ほぼ決まった時間に食事をしていますか	はい・いいえ	いいえ	
3	毎食、ごはん、パン、麺、いずれかを食べていますか	はい・いいえ	いいえ	②
4	毎食、魚類・肉類・卵・大豆製品、いずれかを食べていますか	はい・いいえ	いいえ	
5	毎食、野菜・きのこ類・海藻類、いずれかを食べていますか	はい・いいえ	いいえ	
6	毎日、牛乳か乳製品（ヨーグルト・チーズ）を食べていますか	はい・いいえ	いいえ	
7	毎日、果物を食べていますか	はい・いいえ	いいえ	③
8	1日に水・お茶を1リットル飲んでいますか	はい・いいえ	いいえ	
9	食材購入（買物）に負担を感じていますか	はい・いいえ	はい	④
10	食事作りに負担を感じていますか	はい・いいえ	はい	
11	間食を取りますか	はい・いいえ	はい	⑤
12	アルコールを飲みますか	はい・いいえ	はい	⑥

（参考） 必須要項ではありません。

献立名(あるいは食品名)

年 月 日

朝食(時頃)	昼食(時頃)	夕食(時頃)	間食(時頃)
【例】・ご飯(パン) ・ゆで卵 お茶 ・コーヒー・牛乳	【例】・うどん(そば) ・サラダ・から揚げ ・お漬物 お茶	【例】・ご飯 お茶 ・肉または魚 ・とんかつ ・味噌汁	【例】・饅頭 ・おかき ・オレンジジュース

介護予防サービス支援計画書

泉大津市（様式6）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

1日		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	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	目標	支援計画					
							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	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

<p>健康状態について</p> <p><input type="checkbox"/>主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	<p>【本来行うべき支援が実施できない場合】</p> <p>妥当な支援の実施に向けた方針</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	<p>総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
---	---	---

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○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	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____

介護予防支援経過記録

泉大津市（様式7）

利用者氏名 様

計画作成者氏名

年月日	内 容	年月日	内 容

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・サービス評価表

評価日 _____ 年 月 日 泉大津市（様式8）

利用者名 _____ 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

総合的な方針	地域包括支援センター意見		<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"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了

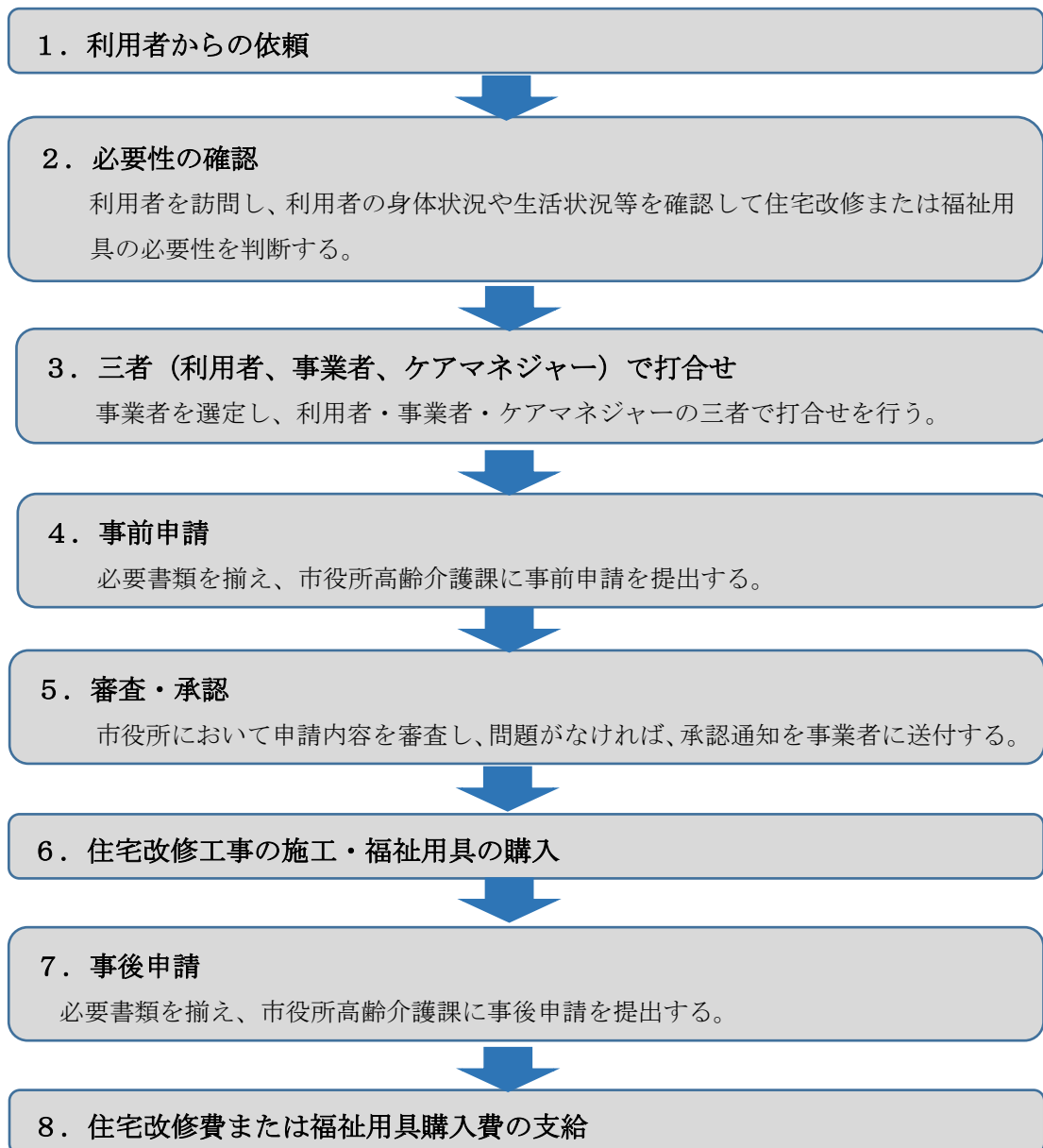
【住宅改修・福祉用具等について】

1. 介護予防住宅改修・特定介護予防福祉用具販売の種目

介護予防住宅改修	特定介護予防福祉用具販売
① 手すりの取り付け	① 腰かけ便座
② 段差の解消	② 入浴補助用具
③ 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更	③ 移動用リフトのつり具の部品
④ 引き戸等への扉の取り替え	④ 自動排泄処理装置の交換可能部品
⑤ 洋式便器等への便器の取替え	⑤ 簡易浴槽
⑥ その他①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修	

2. 申請の流れ

※事業対象者は、申請できない。



⑨ 必要に応じ事前・事後申請後に現地調査を実施する。

※詳しくは、市ホームページへ

出典) <抜粋 (一部修正) >

生活行為の向上・改善を目指して～介護サービス事業所向け

『短期集中予防サービス (通所型) ガイドブック～』 本編及び資料編

大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 2019年3月

簡易口腔アセスメント (全職種共通)

(一般社団法人) 大分県歯科衛生士会

泉大津市介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル

泉大津市健康福祉部高齢介護課 令和元年10月

問合せ先 泉大津市役所高齢介護課

(市役所1階9番) 0725-33-1131

泉大津市地域包括支援センター

(ベルセンター) 0725-21-0294