

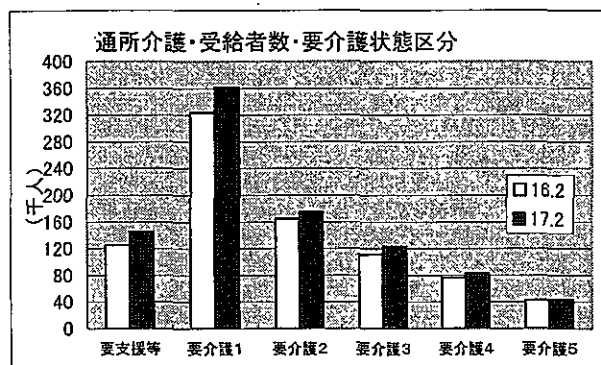
一、通所リハビリテーション費

| 基本部分               |              |                   |                                                         | 注                           | 注                | 注                                          | 注                                            | 注                                       | 注              | 注                                                                          |                                                                  |                                            |
|--------------------|--------------|-------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|                    |              |                   |                                                         | 2時間以上3時間未満の通所リハビリテーションを行う場合 | 利用者の数が利用定員を超える場合 | 医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護・介護職員の員数又は基準に満たない場合 | 6時間以上8時間未満の通所リハビリの前後に日常生活上の世話を行う場合           | 食事提供体制を確保している事業所において、食事の提供を行うこととなっている場合 | 利用者に対して送迎を行う場合 | 入浴介助を行った場合、当該基準の区分に従い加算                                                    | 介護老人保健施設であって、理学療法士、作業療法士が居宅を訪問し、診察、運動機能検査等を行い、通所リハビリ計画の作成等を行った場合 | 個別リハビリテーション計画に基づきリハビリテーションの提供を個別に利用者に行った場合 |
| 14<br>通所リハビリテーション費 | 通常規模の医療機関の場合 | (1)<br>3時間以上4時間未満 | 要支援 ( 283 単位)<br>要介護1・2 ( 351 単位)<br>要介護3・4・5 ( 488 単位) | ×70/100                     | ×70/100          | ×70/100                                    | 8時間以上9時間未満の場合 +50単位<br>9時間以上10時間未満の場合 +100単位 | 1日につき +39単位                             | 片道につき +47単位    | 通所リハビリテーション入浴介助加算<br>1日につき +44単位<br><br>通所リハビリテーション特別入浴介助加算<br>1日につき +65単位 | 退院・退所後1年以内の場合 +130単位<br><br>退院・退所後1年超の場合 +100単位<br>(1日1回を限度)     |                                            |
|                    |              | (2)<br>4時間以上6時間未満 | 要支援 ( 404 単位)<br>要介護1・2 ( 500 単位)<br>要介護3・4・5 ( 694 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (3)<br>6時間以上8時間未満 | 要支援 ( 563 単位)<br>要介護1・2 ( 699 単位)<br>要介護3・4・5 ( 972 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (1)<br>3時間以上4時間未満 | 要支援 ( 283 単位)<br>要介護1・2 ( 351 単位)<br>要介護3・4・5 ( 488 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (2)<br>4時間以上6時間未満 | 要支援 ( 404 単位)<br>要介護1・2 ( 500 単位)<br>要介護3・4・5 ( 694 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (3)<br>6時間以上8時間未満 | 要支援 ( 563 単位)<br>要介護1・2 ( 699 単位)<br>要介護3・4・5 ( 972 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    | 小規模診療所の場合    | (1)<br>3時間以上4時間未満 | 要支援 ( 283 単位)<br>要介護1・2 ( 351 単位)<br>要介護3・4・5 ( 488 単位) | ×70/100                     |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (2)<br>4時間以上6時間未満 | 要支援 ( 404 単位)<br>要介護1・2 ( 500 単位)<br>要介護3・4・5 ( 694 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (3)<br>6時間以上8時間未満 | 要支援 ( 563 単位)<br>要介護1・2 ( 699 単位)<br>要介護3・4・5 ( 972 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (1)<br>3時間以上4時間未満 | 要支援 ( 283 単位)<br>要介護1・2 ( 351 単位)<br>要介護3・4・5 ( 488 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (2)<br>4時間以上6時間未満 | 要支援 ( 404 単位)<br>要介護1・2 ( 500 単位)<br>要介護3・4・5 ( 694 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (3)<br>6時間以上8時間未満 | 要支援 ( 563 単位)<br>要介護1・2 ( 699 単位)<br>要介護3・4・5 ( 972 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    | 介護老人保健施設の場合  | (1)<br>3時間以上4時間未満 | 要支援 ( 283 単位)<br>要介護1・2 ( 351 単位)<br>要介護3・4・5 ( 488 単位) | ×70/100                     |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (2)<br>4時間以上6時間未満 | 要支援 ( 404 単位)<br>要介護1・2 ( 500 単位)<br>要介護3・4・5 ( 694 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (3)<br>6時間以上8時間未満 | 要支援 ( 563 単位)<br>要介護1・2 ( 699 単位)<br>要介護3・4・5 ( 972 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (1)<br>3時間以上4時間未満 | 要支援 ( 283 単位)<br>要介護1・2 ( 351 単位)<br>要介護3・4・5 ( 488 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (2)<br>4時間以上6時間未満 | 要支援 ( 404 単位)<br>要介護1・2 ( 500 単位)<br>要介護3・4・5 ( 694 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |
|                    |              | (3)<br>6時間以上8時間未満 | 要支援 ( 563 単位)<br>要介護1・2 ( 699 単位)<br>要介護3・4・5 ( 972 単位) |                             |                  |                                            |                                              |                                         |                |                                                                            |                                                                  |                                            |

## 通所介護の動向(平成17年2月提供分)

### I. 利用者の動向

#### ○要介護度別受給者数の動向



(単位:千人)

|      | 要支援等  | 要介護1  | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4 | 要介護5 | 計     |
|------|-------|-------|-------|-------|------|------|-------|
| 16.2 | 125.3 | 323.5 | 165.2 | 111.4 | 76.7 | 43.0 | 844.9 |
| 17.2 | 146.0 | 361.8 | 175.2 | 123.5 | 82.7 | 44.0 | 933.2 |
| 伸び率  | 16.5% | 11.8% | 6.1%  | 10.9% | 7.8% | 2.3% | 10.5% |

13.1%

#### ○施設類型別シェアの動向

※基本単位の算定回数割合(各種加算は除く)

|          | 16.2  | 17.2  |
|----------|-------|-------|
| 単独型      | 50.0% | 54.2% |
| 併設型      | 43.5% | 39.6% |
| 認知症専用単独型 | 2.8%  | 3.0%  |
| 認知症専用併設型 | 3.6%  | 3.2%  |

### II. 事業所数等の動向

#### ○対前年同月比

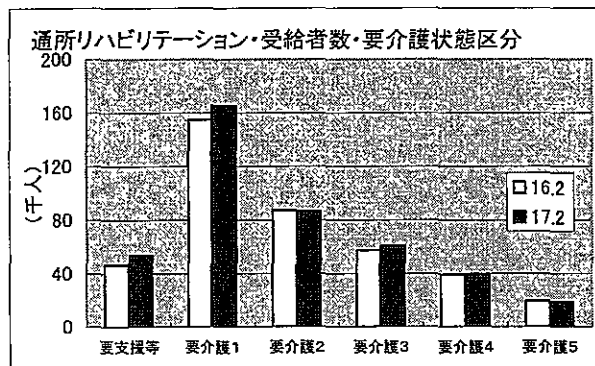
|      | 請求事業所数 | 件数<br>(単位:千件) | 実日数<br>(単位:千日) | 単位数<br>(単位:千単位) | 費用額<br>(単位:百万円) |
|------|--------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 16.2 | 13,661 | 892           | 5,679          | 4,784,755       | 48,557          |
| 17.2 | 16,528 | 991           | 6,368          | 5,448,171       | 55,301          |
| 伸び率  | 21.0%  | 11.2%         | 12.1%          | 13.9%           | 13.9%           |

|      | 1事業所当たり |                   |                  | 1件当たり             |                  |
|------|---------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
|      | 平均件数    | 平均単位数<br>(単位:千単位) | 平均費用額<br>(単位:千円) | 平均単位数<br>(単位:千単位) | 平均費用額<br>(単位:千円) |
| 16.2 | 65.3    | 350               | 3,554            | 5.4               | 54.5             |
| 17.2 | 60.0    | 330               | 3,346            | 5.5               | 55.8             |
| 伸び率  | -8.1%   | -5.8%             | -5.9%            | 2.5%              | 2.5%             |

# 通所リハビリテーションの動向(平成17年2月提供分)

## I. 利用者の動向

### ○要介護度別受給者数の動向



(単位:千人)

|      | 要支援等  | 要介護1  | 要介護2  | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5  | 計     |
|------|-------|-------|-------|------|------|-------|-------|
| 16.2 | 46.6  | 155.0 | 87.2  | 57.3 | 39.0 | 19.3  | 404.4 |
| 17.2 | 53.4  | 165.6 | 86.7  | 60.5 | 39.8 | 18.7  | 424.7 |
| 伸び率  | 14.5% | 6.8%  | -0.6% | 5.6% | 2.0% | -2.7% | 5.0%  |

21.3%

### ○施設類型別シェアの動向 ※基本単位の算定回数割合(各種加算は除く)

|               | 16.2  | 17.2  |
|---------------|-------|-------|
| 通所リハⅠ(通常規模)   | 38.3% | 38.0% |
| 通所リハⅡ(小規模診療所) | 4.4%  | 4.2%  |
| 通所リハⅢ(老人保健施設) | 57.4% | 57.8% |

### ○通所リハ基本単位算定回数に対する個別リハビリ加算の算定割合

|                | 要支援等  | 要介護1  | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5  | 計     |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 個別リハビリ加算(1年以内) | 3.8%  | 7.4%  | 8.5%  | 12.1% | 12.5% | 9.8%  | 8.8%  |
| 個別リハビリ加算(1年超)  | 18.7% | 24.5% | 23.1% | 23.9% | 25.1% | 22.0% | 23.6% |

(1年以内)11.1%

(1年超)43.2%

## II. 事業所数等の動向

### ○対前年同月比

|      | 請求事業所数 | 件数<br>(単位:千件) | 実日数<br>(単位:千日) | 単位数<br>(単位:千単位) | 費用額<br>(単位:百万円) |
|------|--------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 16.2 | 5,866  | 414           | 2,823          | 2,561,269       | 25,811          |
| 17.2 | 6,077  | 435           | 2,898          | 2,638,819       | 26,596          |
| 伸び率  | 3.6%   | 5.2%          | 2.7%           | 3.0%            | 3.0%            |

|      | 1事業所当たり |                   |                  | 1件当たり             |                  |
|------|---------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
|      | 平均件数    | 平均単位数<br>(単位:千単位) | 平均費用額<br>(単位:千円) | 平均単位数<br>(単位:千単位) | 平均費用額<br>(単位:千円) |
| 16.2 | 70.6    | 437               | 4,400            | 6.2               | 62.3             |
| 17.2 | 71.7    | 434               | 4,377            | 6.1               | 61.1             |
| 伸び率  | 1.5%    | -0.5%             | -0.5%            | -2.0%             | -2.0%            |

## 介護予防関係マニュアル（案）への意見募集について

### 1 厚生労働省ホームページへの掲載について

第4回介護予防サービス評価研究委員会（7月20日（水）開催）に報告された介護予防関係のマニュアル（案）を、以下のホームページに掲載しましたので、市町村や事業者等への周知をお願いします。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0720-10.html>

### 2 マニュアル（案）に対する意見募集について

介護予防関係のマニュアル（案）については、今後さらに研究班において検討を行い、秋ごろを目途に完成させる予定です。

つきましては、介護予防関係のマニュアル（案）をご覧いただき、分かりにくい点や修正すべき点等がありましたら、下記のアドレスまでお知らせ下さい。お送りいただいた御意見等については、各研究班における検討作業の参考にさせていただきます。

[kaigoyobou@mhlw.go.jp](mailto:kaigoyobou@mhlw.go.jp)

## 介護予防に関する各研究班の検討状況について

### 1. 介護予防に関する研究班

- 今般の介護保険法等の一部改正法に基づき、新予防給付に係るサービスや介護予防ケアマネジメントの内容、地域支援事業における介護予防事業の内容等の検討の参考とするため、以下の分野について、それぞれの専門家に依頼し、技術的に考慮すべき点等の検討をしていただいたところ。

※ 介護予防に関する研究班

- I 総合的介護予防システムについての研究班
- II 運動器の機能向上についての研究班
- III 栄養改善についての研究班
- IV 口腔機能の向上についての研究班
- V 閉じこもり予防・支援についての研究班
- VI 認知症予防・支援についての研究班
- VII うつ予防・支援についての研究班

- 今般、現時点におけるこれらの研究班の検討内容は、別添のとおりである。

### 2. 本検討内容の位置付け

- これらは、各分野の専門家によって構成される研究班における検討内容である。
- 今後、厚生労働省においては、本検討内容も踏まえつつ、制度的な観点から、介護予防に係るサービスや介護予防ケアマネジメントの内容についての検討を進めることとしている。

### 3. 各研究班の検討内容の概要

以下に各研究班の現時点での検討状況の概要を示す。なお、この内容は現時点でのものであり、今後の検討により変更があり得る。

#### I. 「総合的介護予防システムのあり方についての研究」の概要

##### ——主なポイント——

- 1) 介護予防関連事業に関するこれまでの問題点と今後の方向性
- 2) 地域支援事業（介護予防事業）における特定高齢者施策の流れ（案）
- 3) 基本チェックリスト（案）
- 4) 新予防給付に関する基本的な流れ（案）

#### 1) 介護予防関連事業に関するこれまでの問題点と今後の方向性

- （問題1） 介護予防事業評価が十分でなかった。  
（方向） エビデンスに基づくサービスの選定。アウトカム評価等の指標と手法を確立し事業評価を強化し、サービス改善に活かすシステムの構築。
- （問題2） 介護予防を最も必要とする人々がサービスを十分には受けていなかった。  
（方向） 共通の調査項目による共通の基準のもとで、サービス対象者の選定。適切に対象者を把握する地域システムの構築。送迎などの整備。
- （問題3） サービスは、集団を対象として画一的に行われることが多かった。  
（方向） 個別のケアマネジメントの実施とケアプラン作成による個別対応の強化。
- （問題4） 事業が自己目的化してしまう傾向があった（訓練のための訓練）。  
（方向） 個々人のニーズや目標を達成するための手段としてのサービス選定。

## 2) 地域支援事業（介護予防事業）における特定高齢者施策に関する

### 基本的な流れ（案）

#### 1. 生活機能低下の早期把握

生活機能低下の早期把握は、地域支援事業（介護予防事業）の特定高齢者施策の対象となる可能性のある者を見つけ出すことを目的としている。

- 健診、関係機関からの連絡（医療機関・民生委員・住民グループなど）、要介護認定非該当者、訪問活動等による実態把握など、地域における様々なルートを活用して行われるべき。
- 各ルートにおいては、生活機能が低下していると思われる高齢者に対して、基本チェックリスト（案）に回答してもらい、その点数が基準値を超える場合には地域包括支援センターに紹介する。

なお、基本チェックリストの回答結果が基準値に達しない場合でも、できる限り精神・身体・社会の各相での活動を高めることの重要性を伝え、市町村や民間で行っている各種事業への参加を促していくこと。

#### 2. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域支援事業（介護予防事業）の対象となる者を選定し、さらに（対象者と選定された者に）介護予防ケアマネジメントを行う。

##### ①介護予防事業の対象者の選定

- 生活機能低下の早期把握の各ルートのいずれかで「地域支援事業（介護予防事業）の対象となる可能性がある」と判断された高齢者が地域包括支援センターを訪問するが、上記のルートを経ないで本人・家族が直接訪問することも有り得る。
- いずれの場合であっても、同センターは基本チェックリストを用いて本人の生活機能状態を調査し、その結果をもとに地域支援事業（介護予防事業）の対象者を選定。

なお選定の結果と対象者とならなかった場合には2つの可能性がある。

1) 生活機能低下のない場合

地域支援事業（介護予防事業）のうちポピュレーションアプローチとしての一般高齢者施策や健康増進のための他のサービス（民間サービス・社会教育・健康教育等）への参加を促していくとともに、次年度の介護予防に関する健診の受診を勧める。

2) 要支援・要介護状態に該当する場合

要介護認定の申請を勧める。

## ②介護予防ケアマネジメント

- 地域支援事業（介護予防事業）の対象者に対して、地域包括支援センターで実施。介護予防ケアマネジメントは一次アセスメントと簡易な介護予防ケアプランの作成という2つの要素により構成。
- 一次アセスメントの目的は、基本チェックリストと介護予防に関する健診結果をもとに、個々人における介護予防ニーズを特定し、課題分析を行うこと。
- 介護予防に関する健診結果は一次アセスメントにおける重要な判断資料となることから、同健診を受診していなかった者については、受診を勧奨し、その結果を待って一次アセスメントを始めることが望ましい。
- 介護予防ケアプランは、どのような目標のもとにどのような生活（介護予防事業の利用、インフォーマルな支援の利用、医療機関の受診、生活習慣の改善など）を創っていくかについて、原則として対象者本人と一緒に作成。  
なお必要に応じて、関連する職種とともにサービス担当者会議を開催することが望ましい。



### 3. 事業の実施

- 介護予防ケアプランにもとづいて、運動機能向上や栄養改善、口腔機能向上その他の事業を実施。
- 当該事業は通年実施される形態を取り、その利用者はいつでも利用を開始して、一定期間後には利用を終了できるようにすることが望ましい。
- 各事業の実施者は、二次アセスメント、事業実施、モニタリングを実施。
- 各事業の利用開始にあたって、事業実施者は二次アセスメント（参加者個人の心身機能レベル等の評価）を行う。これをもとに、個人の目標（一定期間後に何がどの程度できるようになるか）を設定し、具体的な事業プログラムを計画する。さらにリスク評価を行うことにより、事業実施時における安全管理に役立てる。
- 事業の実施にあたって、事業実施者はモニタリングを行う。各利用者について、事業プログラムに沿って事業に参加しているかどうか、設定された目標に到達しつつあるかどうか、事業実施上での阻害要因などがないかどうかについて、事業実施者は定期的に評価を行う。その結果に応じて、事業実施者は事業プログラムに適宜変更を加えるものとする。

### 4. 地域包括支援センターでの効果の評価

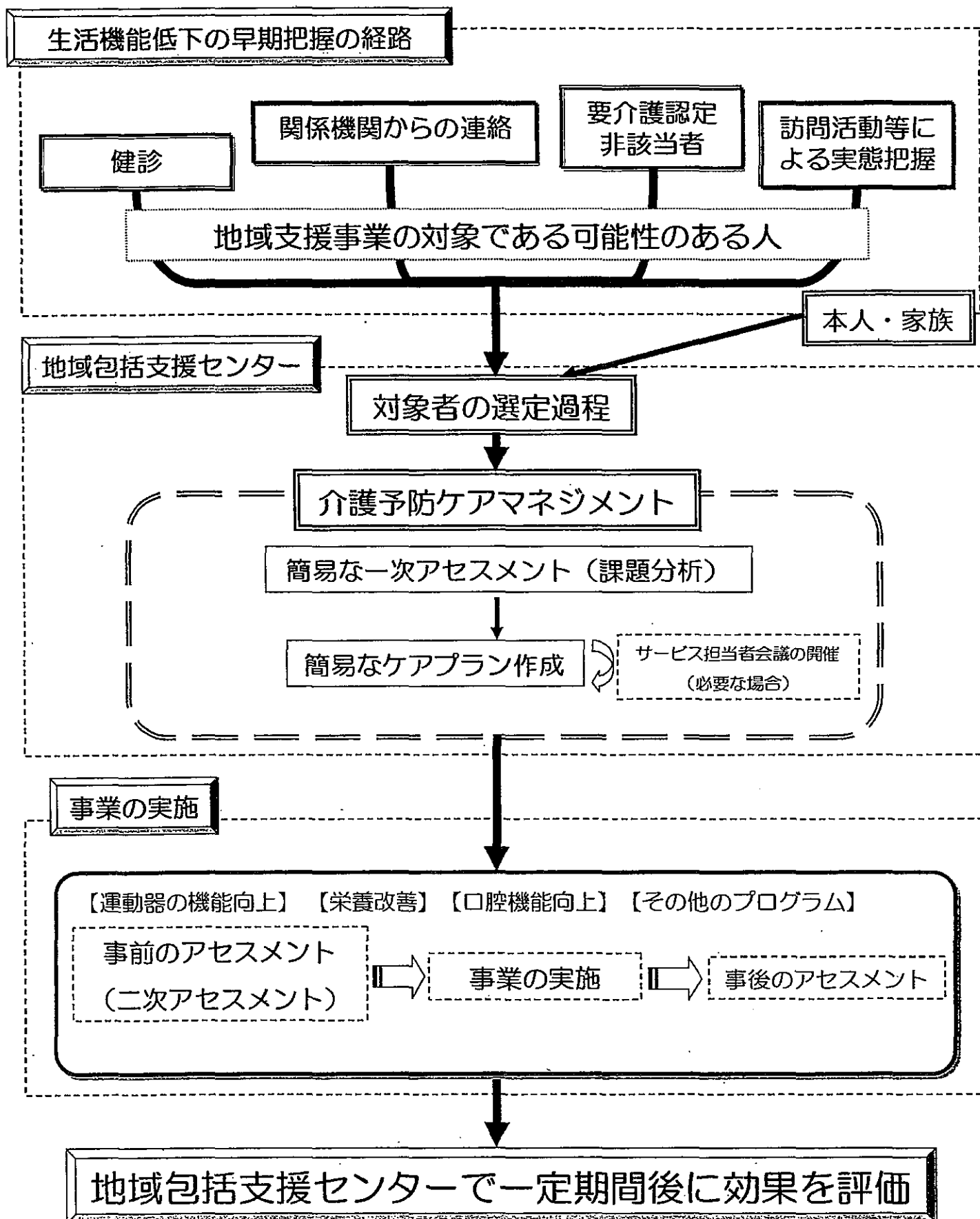
地域包括支援センターは、一定期間後に各利用者の状態を再アセスメントする。その目的は、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、その状況に応じて今後のプランを作成することである。

今後のプランとしては、以下の3つの可能性が考えられる。

- ① 地域支援事業（介護予防事業）の利用を継続する、
- ② 要介護認定を申請する、
- ③ ポピュレーションアプローチとしての一般高齢者施策へ移行する、

これらは各利用者の生活機能の推移に応じて決められるものであるが、その際、本人の希望が最大限に尊重されるべきであることは言うまでもない。

# 介護予防事業における特定高齢者施策の流れ(案)



### 3) 基本チェックリスト(案)

| No. | 質問項目                              | 回答<br>(いずれかに○を<br>お付け下さい) |       |
|-----|-----------------------------------|---------------------------|-------|
|     |                                   | 0.はい                      | 1.いいえ |
| 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 |
| 2   | 日用品の買物をしていますか                     | 0.はい                      | 1.いいえ |
| 3   | 預貯金の出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   | 片足立ちで靴下をはいていますか                   | 0.はい                      | 1.いいえ |
| 7   | 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 |
| 8   | 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 |
| 9   | 15分位続けて歩いていますか                    | 0.はい                      | 1.いいえ |
| 10  | この1年間に転んだことがありますか                 | 1.はい                      | 0.いいえ |
| 11  | 転倒に対する不安は大きいですか                   | 1.はい                      | 0.いいえ |
| 12  | 週に1回以上は外出していますか                   | 0.はい                      | 1.いいえ |
| 13  | 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 |
| 14  | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか           | 1.はい                      | 0.いいえ |
| 15  | 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 |
| 16  | 口の渇きが気になりますか                      | 1.はい                      | 0.いいえ |
| 17  | 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか          | 1.はい                      | 0.いいえ |
| 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 | 1.はい                      | 0.いいえ |
| 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  | 今日が何月何日かわからない時がありますか              | 1.はい                      | 0.いいえ |
| 21  | 薬を決められた通りに飲んでいますか(飲んでいる場合のみ)      | 0.はい                      | 1.いいえ |
| 22  | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない               | 1.はい                      | 0.いいえ |
| 23  | (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 |
| 24  | (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 |
| 25  | (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 |
| 26  | (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 |

(58) すべて答えたかどうか、もう一度ご確認下さい)

# 地域支援事業分 ケアプランおよび評価表シート 事例2

例2

|                                            |               |                                                                                                              |                        |                                       |                                                   |            |         |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
|--------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|------------|---------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|--------------------|
| 被保険者番号                                     | 123456        | 氏名                                                                                                           | 高〇 太郎 (男性)             | 年齢                                    | 90歳                                               | 電話         | 55-5555 | 緊急連絡先        | 54-5555 (長女・〇 〇美宅)                                                                                                                                                                                                       |                |     |                    |
| ケース概略                                      | 経過            | 身の回りのことは自分でやっているが、しばしば急性腸炎起し入院を繰り返している。やせて体力・筋力が低下しておりよく風邪ひいたり夏ばてをすることが多い。今回も腸炎入院後で体力低下あり。ケアハウスから包括支援センターに紹介 |                        |                                       |                                                   | 家族構成       | 家族支援    | 既往症          | 治療中疾患                                                                                                                                                                                                                    | 主治医            |     |                    |
|                                            |               |                                                                                                              |                        |                                       |                                                   | 独居 (ケアハウス) | 長男夫婦    | 骨折・腰痛症・腸閉塞   | 慢性気管支炎                                                                                                                                                                                                                   | △△医院 (54-1111) |     |                    |
| プラン (有効期間: 平成18年4月1日～10月31日)               |               |                                                                                                              |                        |                                       |                                                   |            |         | 評価 (再アセスメント) |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
| 目標                                         | 課題            | 短期目標                                                                                                         | 現状※注                   | 本人 (家族) のセルフケア改善案※注                   | 利用する地域支援事業・インフォーマルサービス                            | 利用サービス名※注  | 事業者名    | 提供期間         | 予定                                                                                                                                                                                                                       | 実際             | 評価  |                    |
| -59-<br>「俳句の会」に再度参加したい。                    | 歩行が不安定        | ラジオ体操 (ケアハウス) に参加                                                                                            | ① 自室内だけで過ごす時間が増えた      | ①② 日中はバジャマから着替える。                     | ③④ 栄養改善教室 参加                                      | 市保健センター    | 通年      | 10月中         | 教室の参加により、少食ながらもバランスを考えた食事を摂取することができるようになり、貧血・アルブミン値も改善。地域の会食会に参加し、会食の楽しみを味わうことができた継続参加の希望あり。                                                                                                                             |                |     |                    |
|                                            |               |                                                                                                              | ② 施設内歩行一人て不安           | ①② ベッド上で過ごす、コルセットの着用を。                | ④⑤ 口腔機能向上教室                                       | 同上         | 毎月      | 10月中         | むせこみは、改善が見られた。                                                                                                                                                                                                           |                |     |                    |
|                                            | 少食で十分な栄養が摂れない | 量は少なくとも多くの食品を取るよう工夫                                                                                          | ③ 食意欲がなく、退院時にアルブミン低下あり | ②③ 隣の部屋の人と連れ立って食堂に行く                  | ④⑤ 歯科受診                                           | 民生委員       | 通年      | 10月中         | 教室の参加により栄養状態は改善。地域の高齢者会食会にも参加し、会食の楽しみを味わうことができた継続参加の希望あり。歯科受診は、義歯調整も終了し咀嚼がしやすくなった。栄養状態も改善しているため、低栄養改善教室は修了とし、その代わり随時の栄養相談も自ら利用してもらうように勧めている。俳句ネットも活用できる様になってますます、「俳句の会」の参加意欲も増してきている。本人が参加を拒否していた運動器の機能向上事業への参加が必要と思われる。 |                |     |                    |
|                                            |               |                                                                                                              | ④ 食事の際にむせこむ時がある        | ④⑤ 副食や牛乳・デザート・果物から手をつけ、主食だけにしないように工夫。 | ③④ 地域の高齢者会食会参加                                    | 宅老ボランティア   | 通年      |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
|                                            |               |                                                                                                              | ⑤ 義歯が合わなくなってきた         | ④⑤ 歯科受診。むせこみについても相談する。                | ②③ 保健師の訪問 (1/月)                                   |            | 通年      |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
|                                            |               |                                                                                                              |                        |                                       |                                                   |            |         |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
|                                            |               |                                                                                                              |                        |                                       |                                                   |            |         |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
|                                            |               |                                                                                                              |                        |                                       |                                                   |            |         |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
|                                            |               |                                                                                                              |                        |                                       |                                                   |            |         |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
|                                            |               |                                                                                                              |                        |                                       |                                                   |            |         |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
| 一次アセスメント時基本チェックリスト結果 (必要な支援の下欄に〇印を付けて下さい。) |               |                                                                                                              |                        |                                       | 再アセスメント時基本チェックリスト結果 (引き続き必要と思われる支援の下欄に〇印を付けて下さい。) |            |         |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                    |
| 運動器の機能                                     | 栄養改善          | 口腔機能                                                                                                         | 閉じこもり                  | 認知症                                   | うつ                                                | 運動器の機能     | 栄養改善    | 口腔機能         | 閉じこもり                                                                                                                                                                                                                    | 認知症            | うつ  | 今後の方針              |
| 9/11                                       | 1/1           | 2/3                                                                                                          | 1/2                    | 0/4                                   | 4/5                                               | 7/11       | 0/1     | 0/3          | 0/2                                                                                                                                                                                                                      | 0/4            | 0/5 | 1. 継続 2. 修了 3. その他 |
| ○                                          | ○             | ○                                                                                                            |                        |                                       |                                                   | ○          |         |              |                                                                                                                                                                                                                          |                |     | 運動器の機能向上開始         |

私は、介護予防ケアプランに同意するとともに、サービス提供に関して私の情報を関係者に開示することに同意します。

氏名

高〇 太郎

印

※注 現状にある番号の課題に関連のある改善案、利用サービスには同じ番号を付けてある。