

12. 介護予防支援業務の手順の概要について

4月から7月まで（3ヶ月間）のサービス提供を行う事例の場合

	地域包括支援センター(介護予防支援事業所)	サービス提供事業者
<p>4月 (初回月)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>1 利用申込受付・契約締結</p> <p>○利用者とのスケジュール説明・調整</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>2 アセスメント【利用者宅訪問・面接】 ・生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p> <p>①既存書類等から必要な情報を把握。 ・生活機能評価 ・認定調査結果 ・主治医意見書 等</p> <p>②利用者基本情報を作成 ③対象者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析(生活機能低下の背景・原因など)</p> <p>【記入帳票】</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">基本チェックリスト</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">利用者基本情報</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">介護予防サービス・支援計画書</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>3 介護予防サービス計画の作成 ・目標、具体策、利用サービスなどの決定 ・家族やサービス提供担当者などと、目標や具体策について合意し、共有する。</p> <p>①介護予防サービス計画の対象となる「目標、具体策」を提案し、対象者及び家族との合意により必要な修正を加え、計画の原案を作成。</p> <p>②サービス担当者会議を開催し、介護予防ケアプランの内容についてサービス事業者、利用者等と共通認識を得て、必要な修正を加えて、計画を最終的に決定。</p> <p>【記入帳票】</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">介護予防サービス・支援計画書</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">介護予防支援経過記録表</div> <p>※サービス担当者会議の状況及びサービス提供事業者・利用者との連携・調整について記載</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>5 事業者からの報告の受理・チェック</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>6 給付管理業務</p> <p>○7表・8表、給付管理表の作成</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">サービス担当者会議への参加</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">4 予防サービス提供</p> <p>①事前アセスメント ・介護予防サービス計画を踏まえ、事業実施前にアセスメントを行い、「個別サービス計画」を立てる</p> <p>②サービスの実施 ・個別サービス計画に基づき、サービス提供。必要に応じて、個別サービス計画を見直し。</p> <p>③実施状況のモニタリング・報告 ・サービス実施後、その実施状況をモニタリングし、記録するとともに、 ◆その結果を地域包括支援センターに書面にて報告</p> </div>

	地域包括支援センター(介護予防支援事業所)	サービス提供事業者
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">1 予防サービス提供</div>
		<p>①サービスの実施 ・個別サービス計画に基づき、サービス提供。必要に応じて、個別サービス計画を見直し。</p> <p>②実施状況のモニタリング・報告 ・サービス実施後、その実施状況をモニタリングし、記録するとともに、</p> <p>◆その結果を地域包括支援センターに書面にて報告</p>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">2 事業者からの報告の受理・チェック</div>	
	<p>【記入帳票】</p>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護予防サービス・支援計画書</div>	
	<p>※報告書を添付。 ※必要に応じて追記・修正。</p>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3 利用者・サービス提供の状況把握 【通所事業所訪問、電話連絡等】</div>	
	<p>・原則として通所系事業所への訪問、電話などの方法による利用者の状況等の確認(モニタリング) ・ただし、状況変化があった時などは、利用者宅訪問</p> <p>①通所事業所訪問、電話連絡等により、サービスの提供状況や利用者の状況を把握。</p> <p>②計画見直しの必要性について検討。 →見直しの必要性があれば、1月目の計画作成時の手続により見直し。</p>	
	<p>【記入帳票】</p>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護予防サービス・支援計画書</div>	
	<p>※把握した状況等について必要に応じて追記・修正。</p>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護予防支援経過記録表</div>	
	<p>※把握した状況等について記載</p>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">4 給付管理業務</div>	
	<p>○7表・8表、給付管理表の作成</p>	

5月・6月

1 予防サービス提供

- ①サービスの実施
 - ・個別サービス計画に基づき、サービス提供。必要に応じて、個別サービス計画を見直し。
- ②事後アセスメント
 - ・サービス実施後、その効果について事業所でアセスメントする。
- ◆その結果を地域包括支援センターに書面にて報告

2 事業者からの報告の受理・チェック

3 利用者・サービス提供の状況把握
【利用者宅訪問・面接】

4 評価

・事業所からの事後アセスメントの結果を受けて、設定された目標との関係を踏まえ、効果の評価を実施。その結果、下記のように次のサービスにつなぐ又は終了等の対応方針を決定。

改善	変更申請・終了・介護予防事業へ
維持	予防給付の利用を継続
悪化	変更申請

【記入帳票】

介護予防サービス評価表

※利用者・家族の状況とサービス提供事業者からの報告に基づいて記載

5 給付管理業務

○7表・8表、給付管理表の作成

7月
(最終月)

基本チェックリスト(案)

No.	質問項目	回答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
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	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
7	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カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 c m 体重 kg (注)		
13	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
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
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
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	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
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)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

例

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住 所	Tel ()		Fax ()	
	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： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、・・・ ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
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)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先		続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

利用者基本情報

例

《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・すごし方			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
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

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、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、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。

平成 年 月 日 氏名

印

介護予防サービス・支援計画書

NO.

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 平成 ____年 ____月 ____日 認定の有効期間 ____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

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

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	介護保険サービスまたは地域支援事業	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					()					
介護管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

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

【本実行すべき支援ができない場合】
 必要な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。
 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						

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

介護予防サービス・支援評価表

評価日

利用者名 殿

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"/> 介護給付 |
| <input type="checkbox"/> プラン変更 | <input type="checkbox"/> 予防給付 |
| <input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 終了 |