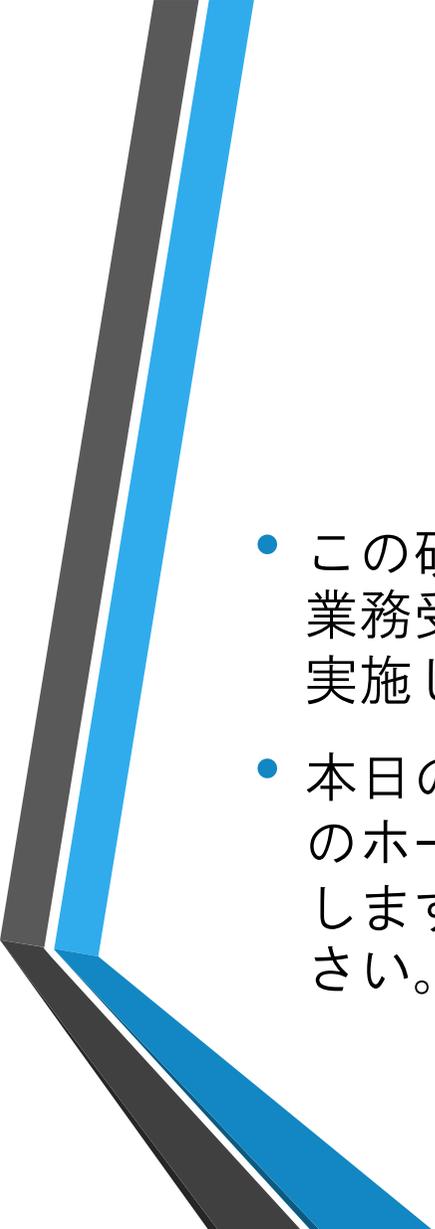




豊島区介護予防ケアマネジ メント・介護予防支援計画 作成研修

平成30年9月12日



研修について

- この研修は、豊島区の高齢者総合相談センターからの介護予防支援等業務受託に必要な基本的事項について説明する研修会です。毎年1回実施しています。
- 本日の資料の他、例年配布している資料等は後日まとめて豊島区役所のホームページに掲載いたします。後からでも確認できるようにいたしますので普段の業務の際にはホームページの資料を参考にしてください。



研修全体の流れ

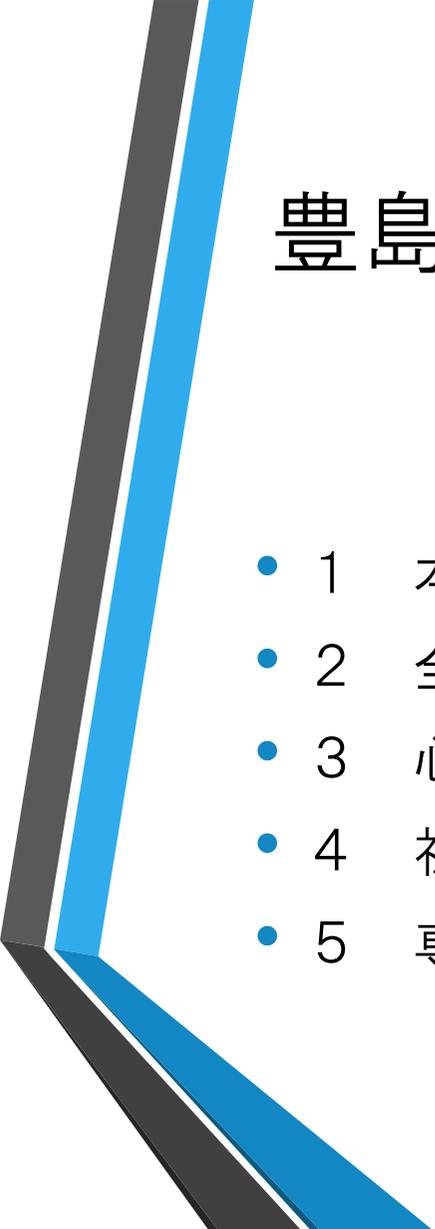
- 豊島区の介護予防と自立支援型ケアマネジメントの基本的な考え方
- (第1号) 介護予防支援の概要と豊島区の独自の帳票の説明
- 業務の一部委託について
- 豊島区の総合事業実施内容
- 演習による全体の振り返り



豊島区の介護予防と自立支援型ケアマネジメント

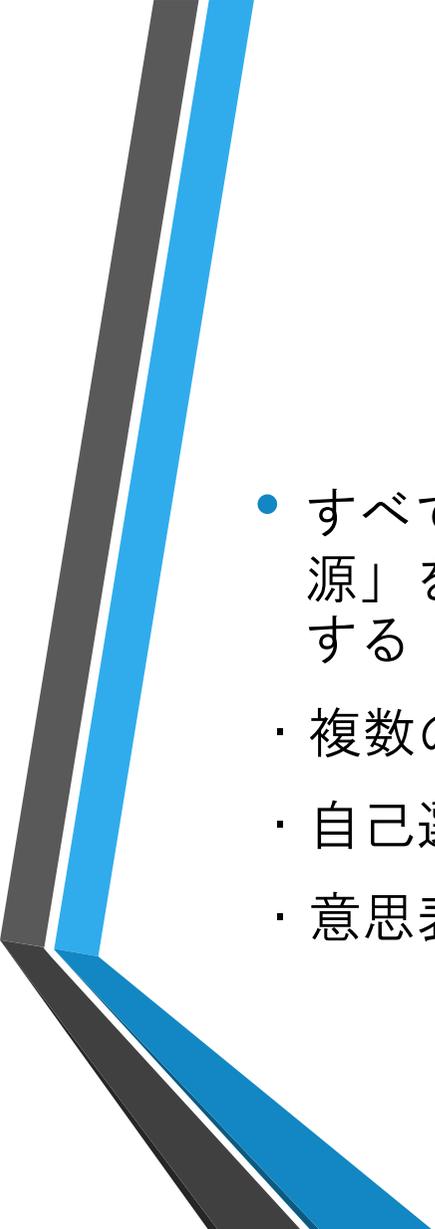
1

4



豊島区の介護予防と自立支援型ケアマネジメント（基本的な考え方）

- 1 本人主体と尊厳の保持
- 2 全人的なアプローチ
- 3 心身機能の維持増進
- 4 社会の中の役割を意識した支援
- 5 専門職としての認識と実践



1 本人主体と尊厳の保持

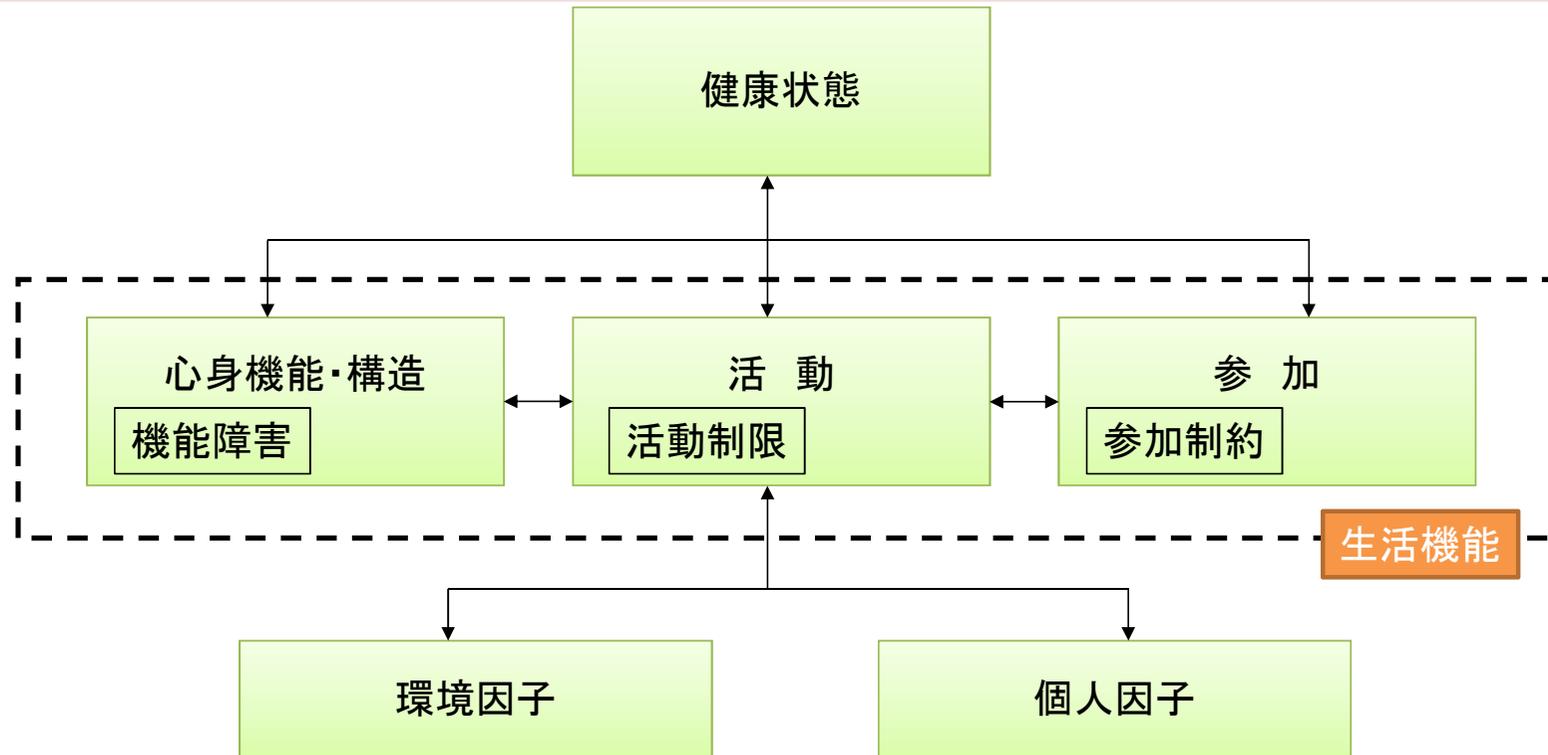
- すべての人が「本人らしさ」や「本人の有する能力」及び「社会資源」を活かし、主体的・積極的に自分の人生を創っていくことを尊重する
- ・ 複数の選択肢の提示と相手にわかるような説明
- ・ 自己選択の尊重
- ・ 意思表示・意思決定の尊重



2 全人的なアプローチ

- ① ICF（※）の視点から、包括的な把握と支援を行う
- ②生活機能に対し「心身機能」「活動」「参加」の構成要素にバランスよくアプローチする

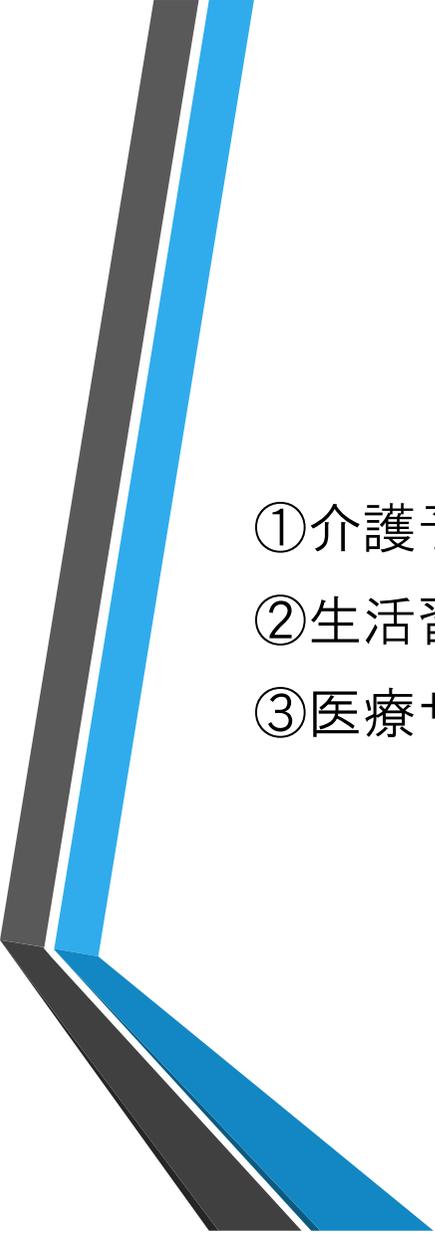
国際生活機能分類 (ICF)



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

- ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
- ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
- ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなる



3 心身機能の維持増進

- ①介護予防・要介護状態の軽減又は悪化防止への主体的な取組を促す
- ②生活習慣や環境面、疾病に伴うリスクを回避、対応する
- ③医療サービスと十分に連携をとる



4 社会の中の役割を意識した支援

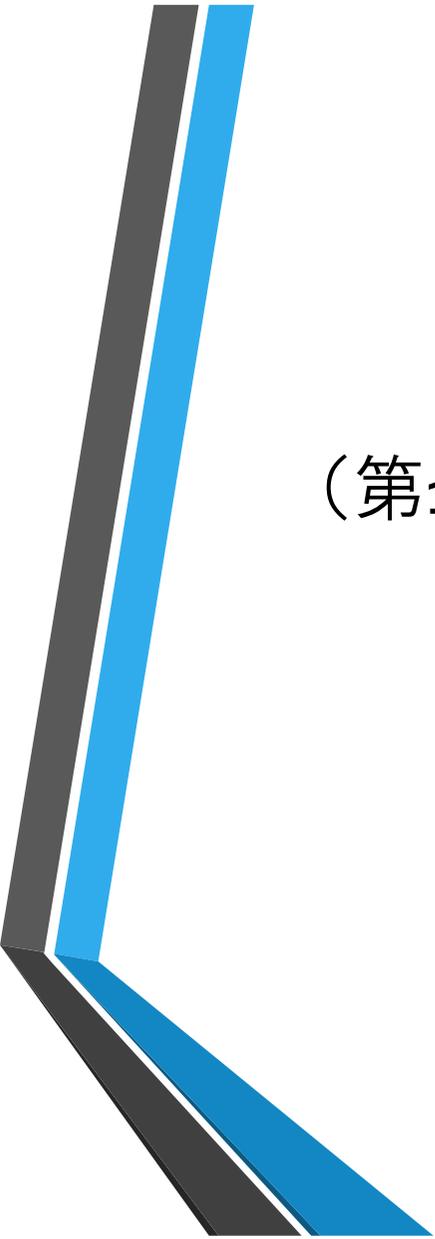
支援や介護が必要な状態になっても、何らかの援助を受けながらも、可能な限り自分らしい生活を営むことができるように支援する。

- ・ 地域や家庭での役割を活用し「活動」と「参加」を支える



5 専門職としての認識と実践

- ①職業倫理の遵守
- ②適時、適切な分析・介入・評価の実践
- ③専門家の意見の尊重と活用
- ④多職種連携による包括的アプローチの実施
- ⑤自己研鑽の実行による、知識や技術の向上



(第1号) 介護予防支援の概要と豊島区独自の帳票について

2

業務のプロセス

| プロセス | 手順 |
|----------------|---|
| ①利用申込 | <ul style="list-style-type: none"> ★利用申込の相談受付 ★内容・手続きの説明及び同意 ★重要事項説明書交付・説明 |
| ②契約締結 | <ul style="list-style-type: none"> ★利用申込者との契約締結 |
| ③アセスメント | <ul style="list-style-type: none"> ★面接等による利用者情報の把握 ★課題分析 |
| ④計画原案の作成 | <ul style="list-style-type: none"> ★利用者及び家族と面接し、目標・具体策・利用サービス・期間等を確認 ★計画原案を作成 |
| ⑤サービス担当者会議 | <ul style="list-style-type: none"> ★利用者及び家族やサービス提供担当者等の関係者が目標を共有化し、役割分担を確認する ★専門家としての意見の聴取、支援方策を協議し、全体が共通認識をもつ |
| ⑥介護予防サービス計画の交付 | <ul style="list-style-type: none"> ★利用者や家族にサービス担当者会議にて確認した計画の内容について説明し、同意を得て（同意欄への記名・押印）参加者全員に交付 |
| ⑦サービスの提供 | <ul style="list-style-type: none"> ★サービス提供事業所等との調整 ★個別サービス計画書の確認 |
| ⑧モニタリング | <ul style="list-style-type: none"> ★計画の実施状況を把握する（モニタリング） ★月に1回は、把握したモニタリングの結果を記録する |
| ⑨評価 | <ul style="list-style-type: none"> ★計画の目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する ★サービス提供事業所から事後アセスメントの報告を受け、サービスの効果の評価を行い次のサービスや事業につなぐ |
| ⑩給付管理 | <ul style="list-style-type: none"> ★サービスの利用実績を確認し、給付管理を行う |
| ⑪介護報酬の請求 | <ul style="list-style-type: none"> ★介護報酬の請求 |

豊島区 基本チェックリスト（届出用）

| 同意欄 介護予防ケアマネジメントの実施にあたり必要な場合はこの基本チェックリストの情報を高齢者総合相談センター及び介護予防ケアマネジメントを実施する居宅介護支援事業者に提供することに同意します。 | | | |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------|
| (利用者氏名) | 代筆の場合はこちらも記入してください (代筆者氏名) (本人との続柄) | | |
| (生年月日) 明治・大正・昭和 年 月 日生 | (利用者住所) | | |
| | (連絡先電話番号) | | |
| No | 質問項目 | 回答 | 事務欄 |
| 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 | ①□ 10以上 /20 |
| 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 | ②□ 3以上 /5 |
| 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 | ③□ 2つとも /2 |
| 12 | 身長(m)体重(kg) BMI()<18.5 *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)) 18.5未満なら該当 | 1. はい 0. いいえ | |
| 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 | ④□ 2以上 /3 |
| 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 | ⑤□ 1 /4 |
| 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されますか | 1. はい 0. いいえ | ⑥□ 1以上 /3 |
| 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 | ⑦□ 2以上 /5 |
| 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 | |
| 確認者氏名・所属等 | | 事業対象者に該当・該当なし | |
| | | 記入内容確認 <input type="checkbox"/> | |
| | | 介護予防手帳発行 <input type="checkbox"/> | |
| 実施日 年 月 日() | 実施方法 対面 <input type="checkbox"/> 電話聞き取り <input type="checkbox"/> その他口() | | |

基本チェックリストで下記の①⑦のいずれか1つでも該当した場合、「事業対象者」と判定される

- ① No.1～20 までの20項目のうち10項目以上に該当
 - ② No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当
 - ③ No.11～12 の2項目のすべてに該当
 - ④ No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当
 - ⑤ No.16 に該当
 - ⑥ No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
 - ⑦ No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当
- (注) 該当 (No.12を除く。)とは、回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。
(No.12の該当) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)が18.5未満の場合をいう。

介護予防支援業務委託に必要な帳票一覧

豊島区高齢者福祉課

| 受領帳票 | | 提出帳票 | | | | | | | |
|---|------------------------------|--------|---|--|---|--|--|-------------------|-------------------------------|
| 受託準備 | 利用開始時 | 状況 | 原案作成時 (サービス担当者会議開催前) | プラン確定時 (サービス担当者会議終了後) | 計画期間終了月 (評価月) | 毎月7日まで | 委託終了時 | | |
| 豊島区に受託に関する届出を行ったうえで、センターと業務の一部委託契約を締結する | 個人情報のやり取りが必要なので出来る限り注意して対応する | 説明 | 作成した原案について、センターから確認を受けるとともに、サービス担当者会議の出席依頼をする | 担当者会議終了後、利用者確認印のあるプラン(写し)を提出する 指示があった時はE表別紙・利用票等も提出する | 計画期間終了月・プラン終了や変更の必要性把握時に、センターでF表確認後、次の原案を作成する | 給付管理に必要な情報と、その月の様子、モニタリング実施状況を併せてセンターに報告する | 介護予防プランを作成する必要がなくなった時 要支援→要介護、非該当、転出、死亡、希望によるサービス終了 | | |
| ○ | | 必要な帳票類 | | | | | | 介護予防支援業務受託に関する届出書 | |
| ○ | | | | | | | | | 介護予防支援業務委託契約書 |
| | △ | | | | | | | ○ | (閲覧用) 認定調査票・主治医意見書 |
| | △ | | (※) | | | | | ○ | 利用者基本情報 |
| | △ | | ○ | | | | | ○ | 豊島区アセスメントシート 基本チェックリスト |
| | △ | | (※) | | | (※) | | ○ | 興味・関心チェックシート アセスメント表 |
| | △ | | ○ | ○ | | | | ○ | すこやか生活プラン サービス計画票(A~C表) |
| | △ | | ○ | ○ | | | | ○ | 週間計画表(D表) 週間計画表(D表) |
| | △ | | | (※) | | | | ○ | サービス担当者会議の要点(E表別紙) |
| | △ | | | | | (※) | (※) | ○ | モニタリング記録(様式不問) モニタリング記録(様式不問) |
| | △ | | | | | ○ | | ○ | モニタリング評価表 評価表(F表)・主観的健康観(G表) |
| | △ | | | | | | ○(様式不問) | ○ | 給付管理票 |
| | | | (※) | (※) | | | ○(様式不問) | ○ | 利用票・利用票別表 |
| | | | | | | ○(様式不問) | ○ | 実績等の報告書 | |
| | | | ○ | | | | ○ | 個別サービス計画書 | |

都外の事業所等には東京都推奨様式を提供する

委託終了時には業務で作成した全ての帳票原本をセンターに返却する必要がある
<参照>
(厚生労働省令第三十七号)第28条第2項

※センターが指示する場合

利用者基本情報

計画作成者氏名：

| 【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 | () () | |
| 日常生活 自立度 | 障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | |
| 認定・総合 事業情報 | 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) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日 | | |
| 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・無) () 階・住居改修 (有・無) | | |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 その他 () | | |
| 家族構成 | 続柄 | 家族構成 | ◎=本人、○=実兄、□=実妹、■=実父、☆=キーパーソン ※介護者に「主」の印を付す(「副」は同居家族等○で表示) |
| 住所 連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所・連絡先 |
| 緊急 連絡先 | | | 家族関係等の状況 |

【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 |
|-----|----|---------------------------|-----|-----------|
| | | TEL | 治療中 | |
| | | TEL | 経過中 | |
| | | TEL | 治療中 | |
| | | TEL | 経過中 | |
| | | TEL | 治療中 | |
| | | TEL | 経過中 | |

【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、基本チェックリスト記入内容、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、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、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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

豊島区アセスメントシート

平成 年 月 日記入

| 解説 | | アセスメント実施者 | |
|----|--|-------------------|----------------------|
| No | 質問項目 | 回答 | 備考 |
| 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 | 日用品の買い物をしていますか | 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 |
| | | (No. 1~5の合計) | /5 |
| 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 |
| | | No.6~10の計 3点以上 □ | 運動機能 /5 |
| 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 |
| 12 | 身長()m 体重()kg BMI() >18.5 *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))18.5未満なら該当 | 1. はい | 0. いいえ |
| | | No.11~12の計 2点以上 □ | 栄養改善 /2 |
| 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 |
| | | No.13~15の計 2点以上 □ | 口腔ケア /2 |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 0. はい | 1. いいえ |
| | | No.16の計 1点以上 □ | |
| 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 |
| | | | 閉じこもり /2 |
| 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されますか | 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 |
| | | No.18~20の計 1点以上 □ | 物忘れ /3 |
| | | No.1~20の計 10点以上 □ | No. 1~20の合計 生活全般 /20 |
| 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 |
| | | No.21~25の計 2点以上 □ | うつ・引きこもり /5 |

※上記の□に該当の場合は総合事業対象 項目ごとの合計数を計画表に転記

| 現在の状況 |
|--------------------------------|
| 運動・移動について |
| 介護予防支援計画書(B表)に対応 「現在の状況」を記入 |
| 日常生活について |
| 社会参加・対人関係コミュニケーションについて |
| 健康管理について |

基本チェックリストを実施しながら聞き取ったアセスメント情報について備考に記載。
書ききれないことは裏面や別紙を活用して書き残します。

<留意点>
アセスメントを目的として実施した場合事業対象の判定は行いません。
作成時と評価時に基本チェックリストを実施し、支援が継続する場合は評価時の内容が次の作成時のアセスメントになります。

豊島区 介護予防サービス・支援計画表(ロすこやか生活プラン・ロいきいきプラン)

| | | | | |
|--|--|---|------|---------|
| 利用者名 | 該当するものにチェック。 | | センター | A表 |
| <input type="checkbox"/> 事業対象 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 継続 | 計画作成日 | 年 | 月 | 日 |
| 認定日 | 年 | 月 | 日 | 認定の有効期間 |
| 計画作成者 | 「予防支援計画書A表の初回・紹介・継続」に対応 初回:所属事業所で初めて計画作成をする場合 紹介:予防支援と介護予防ケアマネジメントの切り替えに伴い所属事業所を紹介され変更した場合 | | | |
| 基本情報 | 訪問型B利用期間 | 年 | 月 | 日 |
| 開始時 | 年 | 月 | 日 | 終了予定月 |
| 評価時 | 年 | 月 | 日 | 年 |
| 目標とする生活(ケ月後の、なりたい自分の姿) | | | | |
| 「予防支援計画書C表 目標」に対応 | | | | |
| 目標とする生活(1年後の、なりたい自分の姿・望む生活) | | | | |
| 「予防支援計画書A表 目標とする生活(1年)(1日、1週間、1月)」に対応 | | | | |
| 担当者からの提案(総合的な課題) | | | | |
| 「予防支援計画書A表 総合的な方針」に対応 | | | | |
| 私の取り組み内容(計画) | | 役割分担と内容・できるようにするための取り組み(計画) | | |
| 目標とする生活実現のため、ご本人の取り組み内容ができるだけ具体的に記入します。 記入例)○○のため、○日に○回○○をします。 | | サービス担当者会議 年 月 日 実施 ① 種別: 頻度: サービス提供者: 「予防支援計画書C表 支援計画」に対応 種別:総合事業のサービス種別等を記載 具体的な名称は(*)参照 家族や地域、自費サービス等も記入 頻度:支援の頻度を記載 サービス担当者会議で合意した頻度 サービス提供者:事業所名等 家族や地域等の誰が担うかも記入 | | |
| 私の取り組み 「予防支援計画書C表 本人の取り組み」に対応 上記上段の「目標とする生活」の実現に向けて本人が取り組む内容を具体的に記入 | | 「予防支援計画書A表 地域包括支援センター記入欄」に対応 再委託の場合、本人に向けた意見と日付を包括担当者が記入し押印 | | |
| 取り組む期間 (プランの期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 地域包括支援センター(意見・確認印) | | |
| あなたの健康状態はいかがですか(主観的健康観) 開始時 ①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない | | 「予防支援計画書B表 健康状態」に対応 主治医意見書や健康診断の結果、聞き取った健康に関する留意点を記入 | | |
| 氏名 年 月 日 印 | | 主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点 | | |
| 計画書交付日 年 月 日 交付先: | | | | |

・訪問型サービスBの利用期間は、利用開始月から1年です。サービス開始月と終了予定月を記入します。(例:4月開始の場合、翌年3月末まで)引き続き同サービスを利用する場合には再度申込みが必要です。事業対象者の場合は、利用期間終了月に「豊島区基本チェックリスト」を実施し、再度事業対象者に該当する必要があります。
 ・「豊島区アセスメントシート」に記載されている基本チェックリストは開始時と評価時に実施し、該当項目に数字を記入します。継続の場合、評価時の数字が次回プランの開始時にも入ります。

【目標とする生活(上段)】
 計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標と達成に必要な期間を設定して記入します。計画期間は【私の取り組み内容】の最下段にある「取り組む期間(プランの期間)」に記入します。
【目標とする生活(下段)】
 一つの欄で目標とする生活(1年)(1日、1週間、1月)に対応します。利用者が今後どのような生活を送りたいか、意思意欲を尊重した利用者自身のイメージを記入します。
【担当者からの提案】
 計画作成者や支援チームの専門的な視点に基づき、目標とする生活を実現するための提案を計画作成者が記入します。

【役割分担と内容・できるようにするための取り組み(計画)】
 サービス担当者会議の実施日時を記入します。記入欄が小さいため目標達成のための効果的な手段と判断した根拠や、出席者等はサービス担当者会議の要点や支援経過記録に記載します。
 ①②③は「支援計画」のサービス内容に対応します。総合事業のサービスだけではなく、目標とする生活の実現のために支援を行っている家族・地域・自費サービスなどのインフォーマルサポートや総合事業以外のフォーマルサービスも記入します。支援が必要な根拠や具体的な支援内容を簡潔に記入します。ここに書かれた内容を基に、取り組みや変化についてモニタリング・評価を行います。
 (*)総合事業のサービス種別 訪問型A2(国相当)、訪問型A4(としま介護予防)、訪問型A4(としまいきいき)、訪問型B(生活支援お助け隊)、訪問型C(短期集中) 通所型サービスの場合:通所型A6(国相当)
 ・以前行った住宅改修・福祉用具購入や同居家族との共有部分の生活援助に関する情報など、後日引継ぎや情報共有が必要な事項も記入しておきます。

【私の取り組み】
 目標に向けて、ご本人が取り組み内容を可能な範囲で利用者が記入します。うまく表現できない場合には計画作成者が一緒に確認します。
 計画作成者や支援チームと一緒に、取り組み後に評価ができるような具体的な内容や回数等数値化できるものや、ご本人が変化を感じられ、成果がやりがいにつながる内容を考えます。

【あなたの健康状態はいかがですか(主観的健康観)】
 開始時と評価時に、ご本人の主観的な健康状態について○印をつけてもらいます。
【署名・捺印】
 サービス担当者会議で本計画表について説明をして同意をいただいた時点で、利用者自身に署名・捺印をいただきます。この計画書は利用者・計画作成者の双方で保管し、控えを事業者等に交付をしたら、欄外の計画交付日と交付先(本人含む)を記入します。

《帳票のイメージ》
 予防支援計画書のA・B・C表の項目を抜粋したイメージです。
 下半分の「私の取り組み内容(計画)」がC表の支援計画の項目と考えて記入しましょう。
 目標達成に向けた効果的な取り組みとなるために、誰がどのような取り組みを、どのくらいの頻度でおこなうかを簡潔に記入します。支援のポイントや留意点等で書ききれない内容は、担当者会議確認をして、要点にまとめます。
 支援を行う担当者が多い場合や支援内容を丁寧に記載したい場合は、予防支援計画書を活用することも可能です。

豊島区介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)モニタリング・評価表

| | | | | |
|-------|----------------|------|---------------|----|
| 利用者名 | 様 _____ | | 地域包括支援センター | B表 |
| 計画作成者 | 委託の場合:所属 _____ | | | |
| 計画作成日 | 年 月 日 | 計画期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |

| | | |
|---|---|--|
| 1回目 モニタリング 利用者確認 訪問 年 月 日 | 2回目 モニタリング ご本人に記入内容を確認していただき、署名または押印をいただきます | 評価時 利用者確認 訪問 年 月 日 |
| 私の計画に対する意向 <input type="checkbox"/> 続けたい <input type="checkbox"/> 続けたくない | 私の計画に対する意向 <input type="checkbox"/> 続けたい <input type="checkbox"/> 続けたくない | 目標とする生活の達成状況 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 概ね達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| 取り組み状況 <input type="checkbox"/> 良く取り組めた <input type="checkbox"/> 概ね取り組めた <input type="checkbox"/> 取り組めなかった | ご本人の状況にあてはまる項目に☑をします <input type="checkbox"/> 概ね取り組めた <input type="checkbox"/> 取り組めなかった | 主観的健康観(A表) 取り組みについて振り返り、良い変化があったことや新たに取り組みたいことなどを記入します |
| 本人の取り組み状況等 取り組みによる変化・気づいた事などを記入します 変化や気づき | 取り組みによる変化・気づいた事などを記入します 変化や気づき ご本人に記入していただくか、状況を聞き取り計画作成者が記入します | これまでの振り返り |
| 家族等の支援 <input type="checkbox"/> 続けたい <input type="checkbox"/> 続けられない(その理由) | 家族(必要時は友人、知人も含)の意向を聞きとり、計画作成者が記入します | 家族等から見た目標の達成状況 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 概ね達成 <input type="checkbox"/> 未達成(その理由) |
| サービス提供状況と妥当性 種別: ①計画通り ②ほぼ計画通り ③していない ①適切 ②ほぼ適切 ③不適切 詳細 | 事業所名() A表のサービス種別及び事業者名を記入 | 目標の達成状況 ①達成 ②概ね達成 ③未達成 今後の方向性 |
| 計画作成者 変化:①有 ②無/課題:①有 ②無 区分変更・入院・入所・転居 変更時は包括に連絡! | 事業者等によるモニタリング結果を、計画作成者が確認をして記入します 詳細 | 目標の達成状況 ①達成 ②概ね達成 ③未達成 今後の方向性 |
| 地域包括支援センター意見(記入日 年 月 日) | ①プラン継続 ②プラン変更() ③終了 | 計画作成者印 |

この帳票はモニタリング訪問時に利用者と共に行うイメージで、一部記入をお願いし利用者確認の印又は署名をいただきます。(毎月のモニタリング結果は経過記録等に記録します)
家族や事業者の評価と全体評価を計画作成者が記入し保管します。
事業者の評価はモニタリング報告や電話等での聞き取り内容から、家族の評価は聞き取りにより確認します。

本人の取り組み状況等の欄は、可能な範囲で利用者に記入していただけます。直接記入が難しい場合は、計画作成者が利用者から聞き取り記入をします。

モニタリング時には、A表の「目標とする生活(上段)」「私の取り組み内容」についての意向と取組状況を利用者の主観で選びチェックします。その間続けてきたご自身の取り組みを振り返り、起きた変化や気づいたことを枠内に記入します。

評価時には、A表「目標とする生活(上段)」の達成状況を利用者の主観で選びチェックし、これまでの取り組みを振り返り、これから取り組みたいことや良い変化についてコメントを記入します。

この項目は、計画作成者が聞き取りを忘れないためのチェック欄です。A表『あなたの健康状態はいかがですか(主観的健康観)』の評価時聞き取りを実行して、チェックを入れます。

【目標の達成についての考え方】
計画期間中の目標が達成したら『達成』を選択し、新しい目標を設定します。
全く目標に向かわなかった場合や、状況変化で目標の変更が必要な場合は『未達成』を選択。
目標達成には至らなかったが、取り組みの効果で変化が見られた場合は『概ね達成』を選択。

それぞれの支援者の評価や意向を確認して計画作成者が記載します。当てはまる項目を選びチェックをします。

評価時には、目標とする生活が達成できたかどうか当てはまる項目にチェックし、計画期間中の取り組み実行状況を振り返り、それぞれの立場からコメントをもらい記入します。

計画作成者は、記入が終わった多段階で利用者と確認します。

サービス評価表(F表)に対応
目標とする生活の達成状況をそれぞれの立場から評価します

*** 予防支援計画で活用した場合は、サービス評価表(F表)の作成が必要です。**

包括支援センター意見欄は、再委託の場合に包括の担当者が意見を記載し、担当者印を押します。
プラン継続・変更・終了の考え方はサービス評価表(F表)と同様です。
* プラン変更を選択した場合は、変更後のプラン種別をカッコ内に記入します。
(介護給付・予防給付・すこやか生活プラン・いきいきプラン・一般介護予防)

主観的健康観の評価

(G表)

| | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|-----|------|--------|-------|-----------|--------|
| 利用者氏名 | | | | | | | | |
| 支援計画の期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 月 日 | | | |
| あなたの健康状態はいかがですか (主観的健康観) | | | | | | | | |
| 作成時 | 年 | 月 | 日実施 | ① よい | ② まあよい | ③ ふつう | ④ あまりよくない | ⑤ よくない |
| 評価時 | 年 | 月 | 日実施 | ① よい | ② まあよい | ③ ふつう | ④ あまりよくない | ⑤ よくない |

※プランの評価の際に作成し、包括から豊島区高齢者福祉課に年1回提出し、作成したケアプランの評価のために集計しています。すこやか生活プランの様式を使用している場合はコピーを提出します。

担当包括支援センター _____ 包括支援センター (担当者: _____)

* 訪問型・通所型サービスを利用している方の評価時に作成してください。

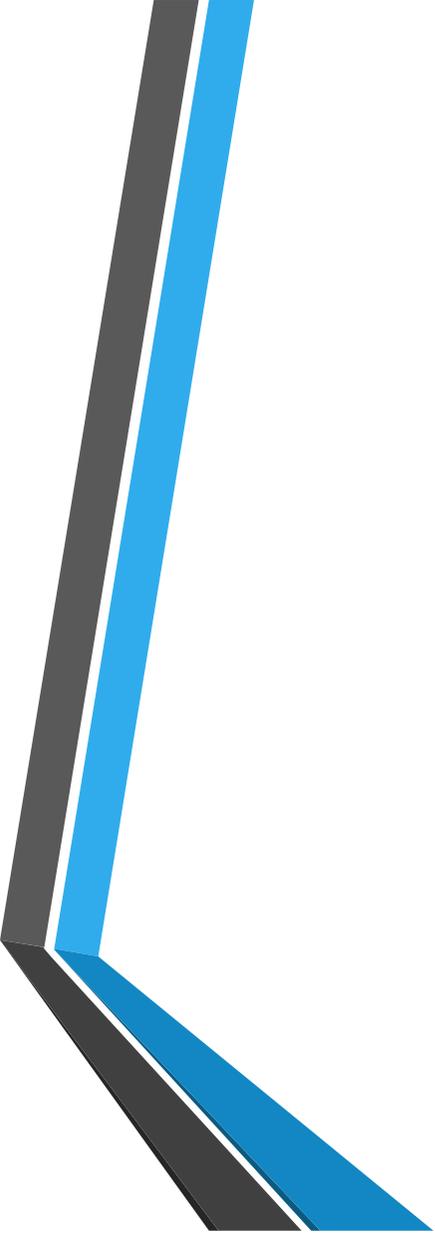
B表【必要な事業プログラム】欄への記載方法 基本チェックリストの項目該当数を転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントし、事実と主観が異なる場合などは「現在の状況」にアセスメント内容で活かす。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、利用が望ましいと考えられるプログラムの枠内の数字に○をつける。

| No. | 質問項目 | いずれかに○をお付け下さい | |
|-----|-----------------------------------|---------------------------|-------|
| | | 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 | 日用品の買い物をしていますか | 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 | 「栄養改善」 11～12で該当する項目数/2 | |
| 12 | 身長()m 体重()kg BMI() | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりました | 「口腔機能の向上」 13～15で該当する項目数/3 | |
| 14 | お茶や汁物等を飲んでむせることがあります | 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 | 「閉じこもり予防」 16～17で該当する項目数/2 | |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数は | 1.はい | 0.いいえ |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事」を言われることがあります | 1.はい | 0.いいえ |
| 19 | 自分で電話番号を調べて | 「物忘れ予防」 18～20で該当する項目数/3 | |
| 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は思えない | 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 |

「運動器の機能向上」6～10で該当する項目数/5

「うつ予防」21～25で該当する項目

(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。



業務の一部委託について

3

| 豊島区指定介護予防支援業務の受託要件 | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---------------------------|---------|------|-----|------|---------------------------|-----|-----|-----|----------------|-----|------------------------|
| 受託要件1 | 指定居宅介護支援事業所として、介護保険法その他関係法令等を遵守して運営していること。 また、従事する介護支援専門員については、 登録が有効 であること。 | | | | | | | | | | | | |
| 受託要件2 (研修種別) | <p>必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事していること。 具体的には、下記(1)～(4)のいずれかの研修を最低3年に1回受講し、情報を更新していること。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>研修の実施主体</th> <th>研修内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1)</td> <td>都道府県</td> <td rowspan="4">介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する研修</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>豊島区</td> </tr> <tr> <td>(3)</td> <td>豊島区の地域包括支援センター</td> </tr> <tr> <td>(4)</td> <td>豊島区外の区市町村または地域包括支援センター</td> </tr> </tbody> </table> <p>※事業所内に(1)～(4)に該当する人が一人もいない場合はご連絡ください。</p> | | 研修の実施主体 | 研修内容 | (1) | 都道府県 | 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する研修 | (2) | 豊島区 | (3) | 豊島区の地域包括支援センター | (4) | 豊島区外の区市町村または地域包括支援センター |
| | 研修の実施主体 | 研修内容 | | | | | | | | | | | |
| (1) | 都道府県 | 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する研修 | | | | | | | | | | | |
| (2) | 豊島区 | | | | | | | | | | | | |
| (3) | 豊島区の地域包括支援センター | | | | | | | | | | | | |
| (4) | 豊島区外の区市町村または地域包括支援センター | | | | | | | | | | | | |
| 受託要件3 | <p>指定介護予防支援に係る責任主体である地域包括支援センターの関与について理解、協力できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス計画の原案を作成する場合には、適切に作成されているか、内容が妥当か等について地域包括支援センターが確認する。 介護予防サービス計画の評価を行った場合には評価の内容を地域包括支援センターが確認し、評価を踏まえ今後の介護予防支援の方針を決定する | | | | | | | | | | | | |

《確認書類の提出について》

※確認書類(ア)(イ)(ウ)の提出は必須です

| | |
|---------|---|
| 確認書類(ア) | 事業所指定通知書の写し |
| 確認書類(イ) | 介護支援専門員証の写し(全員分) |
| 確認書類(ウ) | <p>研修受講証等の写し(上記受託要件2参照)</p> <p>※所属する介護支援専門員のうち少なくとも1人が、平成27年4月1日以降に、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する研修をうけていること</p> |

《届出内容に変更が生じた場合》

随時「事業所体制等変更届」及び「変更に伴う確認書類」を豊島区高齢者福祉課に提出してください。

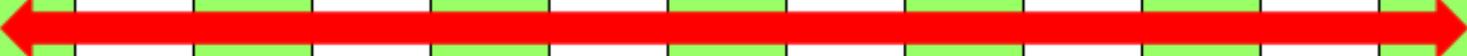
書類は豊島区ケア倶楽部に掲載していますので、ダウンロードしてご使用ください。

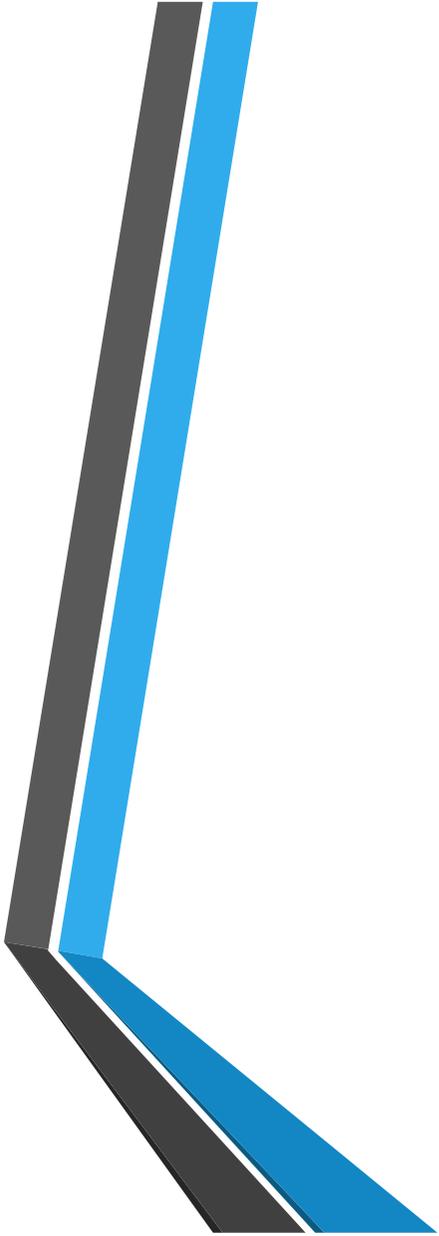
【問合せ先・提出先】
 豊島区高齢者福祉課 基幹型センターグループ
 担当：浅野・井戸本
 (住所)〒171-8422 豊島区南池袋2-45-1
 (電話)03-4566-2431
 (FAX)03-3980-5040

豊島区の介護予防支援業務委託の範囲

| プロセス | 高齢者総合相談センター (地域包括支援センター) | 居宅介護支援事業者 |
|------------------|-----------------------------|-------------------|
| ①利用申込 | 利用申込の受付 | |
| ②契約締結 | 利用申込者との契約締結 | |
| ③アセスメント | | 利用者情報の把握・面接・課題分析 |
| ④介護予防サービス計画原案の作成 | | 介護予防サービス計画原案の作成 |
| ⑤サービス担当者会議の開催 | | サービス担当者会議の開催 |
| ⑥介護予防サービス計画の交付 | | 介護予防サービス計画書の説明・交付 |
| ⑦サービスの提供 | | サービス提供事業所等との調整 |
| ⑧モニタリング | | モニタリング |
| ⑨評価 | | 評価 |
| ⑩給付管理 | 給付管理票の提出 | サービス利用実績報告 |
| ⑪介護報酬の請求 | 介護報酬の請求 | |

受託届の流れ

| | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|----------|---|--------------|----------------------|----|---------------------------|---|----|-----|-----|--------------------------------|-------------------------|----|--------------------------------|
| 受託届の流れ | 各事業所へ受託届の書類を送付 | 書類の提出(4月末まで) | 提出書類をもとに受託事業所一覧を作成する | | 第1回地域包括支援センター運営協議会で承認を受ける | 追加の事業所があれば受託出事業所一覧を更新する ケアマネ証、事業所指定通知書の有効期限を確認する | | | | 第2回地域包括支援センター運営協議会で承認を受ける(追加分) | 追加の事業所があれば受託出事業所一覧を更新する | | 第3回地域包括支援センター運営協議会で承認を受ける(追加分) |
| |  <p>ケアマネ証・事業所指定通知書の有効期限が更新された場合、その写しも必ず提出</p> | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった場合 |  <p>変更があればその都度変更届を提出</p> | | | | | | | | | | | | |
| 受託しない場合 |  <p>受託をしなくなったら基幹型Gへ連絡</p> | | | | | | | | | | | | |



ご清聴ありがとうございました