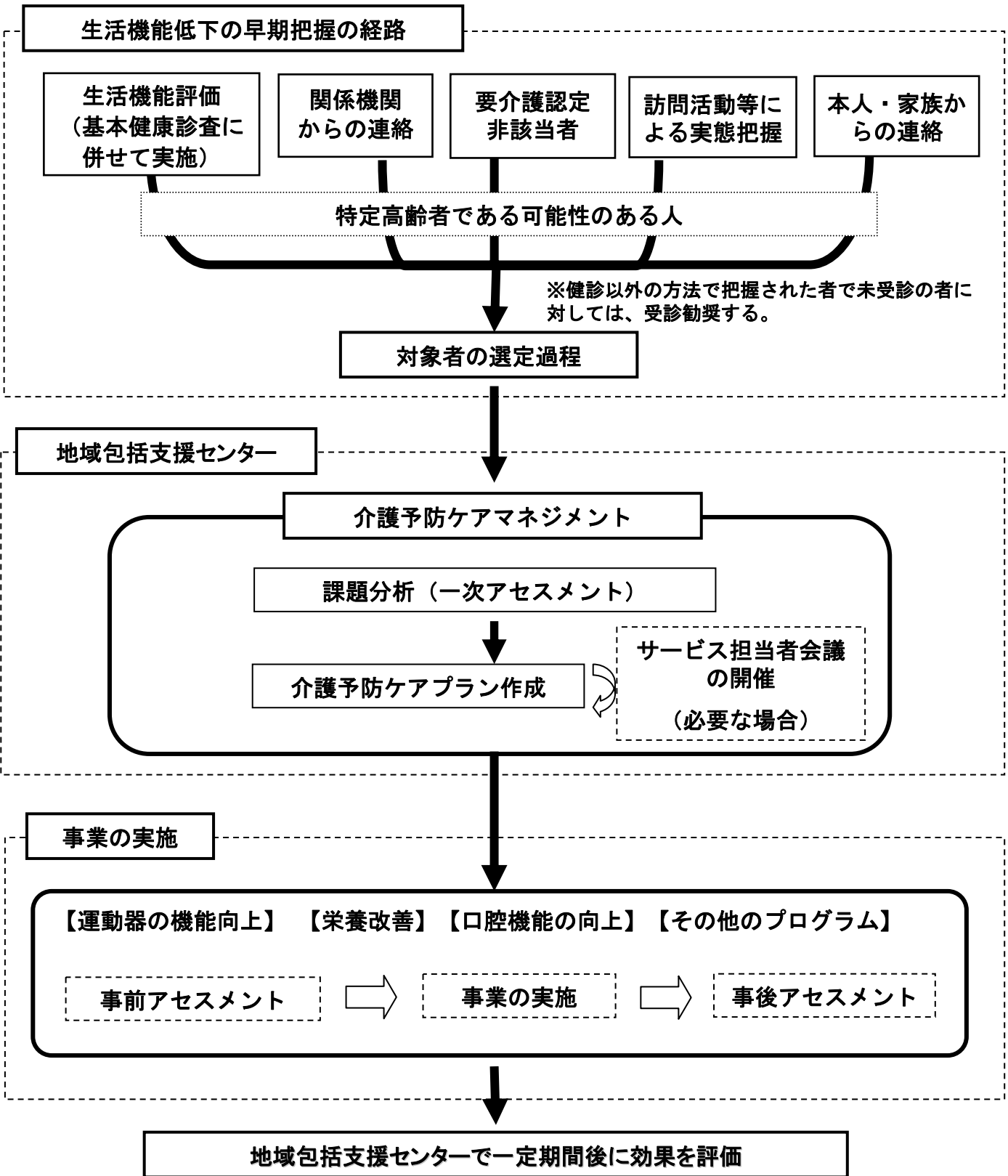


介護予防特定高齢者施策の流れ



別添2

基本チェックリスト

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
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(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。

特定高齢者の決定方法

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により、参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムを判定する。

何らかの介護予防プログラムへの参加が望ましいと判定された者を「特定高齢者」として決定する。

1 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の全てに該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち12項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト6～10の全てには該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に3項目の測定の配点が5点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する 場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
10m歩行速度 (秒)	≥8.8	≥10.0	3
(5mの場合)	(≥4.4)	(≥5.0)	
配点合計	0-4点	…	運動機能の著しい低下を認めず
	5-7点	…	運動機能の著しい低下を認める

2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ①基本チェックリスト11に該当
- ②BMIが18.5未満
- ③血清アルブミン値が3.5g/dl以下

3 口腔機能の向上

以下の①、②及び③の全てに該当する者

- ①基本チェックリスト13～15の全てに該当
- ②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③反復唾液嚥下テストが3回未満

4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者
(17にも該当する場合は特に要注意)

5 認知症予防・支援

基本チェックリスト18～20のいずれかに該当する者

6 うつ予防・支援

基本チェックリスト21～25で2項目以上該当する者

※ なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うものとする。

介護予防事業の事業評価

事業評価をする際には、以下の3段階の評価指標を設定する。

- ①プロセス指標：事業を効果的・効率的に実施するための事業の企画立案、実施過程等に関する指標
- ②アウトプット指標：事業成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する指標
- ③アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標

1 介護予防事業（特定高齢者施策）

<プロセス指標>

以下の10項目について、事業が適切な手順・過程を経て実施できているか否かを評価する。

- ①特定高齢者を適切に把握・選定するため、複数の把握経路を確保しているか。
- ②特定高齢者に関する情報を提供してくれた関係機関等へ、当該特定高齢者に対する事業の実施状況等について情報還元を行っているか。
- ③事業の企画・実施・評価に住民が参画しているか。
- ④事業の実施状況を把握しているか。
- ⑤事業の実施量と需要量の関係を的確に把握しているか。
- ⑥事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか。
- ⑦事業に関する苦情や事故を把握しているか。
- ⑧事業の効果を分析する体制が確立しているか。
- ⑨関係機関（地域包括支援センター、医療機関、民生委員等）において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法、活用方法に関する取り決めをしているか。
- ⑩特定高齢者の個人情報が入共有されることについて、対象者に十分な説明を行い、同意を得ているか。

<アウトプット指標>

以下の指標を用いて介護予防事業の実施状況の評価を行う。

指 標	評価方法
①介護予防ケアマネジメント実施件数(実施率)	<p>年度末に年間の介護予防ケアマネジメントの実施状況を集計し、実施予定件数及び実施件数により特定高齢者の把握状況の評価する。</p> <p>(実施率=実施件数÷実施予定件数)</p>
②事業実施回数(実施率)	<p>年度末に年間の各種事業の実施状況を集計し、実施予定回数及び実施回数により実施状況の評価する。</p> <p>(実施率=実施回数÷実施予定回数)</p> <p>通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業の事業種別や、運動器の機能向上、栄養改善等の実施プログラム別に集計することが望ましい。</p>
③事業参加者数(実施率)	<p>年度末に年間の事業参加者の状況を集計し、事業参加予定者数及び事業参加者数により実施状況の評価する。</p> <p>(実施率=参加者数÷参加予定者数)</p> <p>通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業の事業種別や、運動器の機能向上、栄養改善等の実施プログラム別に集計することが望ましい。</p>

<アウトカム指標>

以下の指標を用いて介護予防事業による効果の評価を行う。

指 標	評価方法
①新規認定申請者数	<p>年度末に年間の新規認定申請者数を集計・分析する。介護予防事業の効果を直接反映する指標ではないが、前年比や年次推移等のデータを介護予防事業の効果の推計に活用する。</p>
②新規認定者数(要介護度別)	<p>年度末に年間の新規認定者数を集計し、要介護度別の新規認定者数の前年比、年次推移等のデータにより、介護予防事業の効果の評価する。</p>

③「旧要支援＋旧要介護1」の人数	年度末時点の「旧要支援＋旧要介護1」つまり「要支援1＋要支援2＋要介護1」の人数を集計し、介護保険事業計画に記載されている自然体（介護予防事業等を実施しなかった場合）での人数との比較・検証により、介護予防事業の効果を評価する。
④介護予防事業参加者からの新規認定者数	年度末に年間の介護予防事業参加者からの新規認定者数を集計し、その率（新規認定者数÷介護予防事業参加者数）により、介護予防事業の効果を評価する。
⑤主観的健康感（※）	年度末に年間の介護予防事業参加者について、事業参加前後の主観的健康感の変化を集計し、維持・改善割合（事業参加者のうち参加後に主観的健康感が維持・改善された者の割合）により介護予防事業の効果を評価する。
⑥基本チェックリストの点数	年度末に年間の介護予防事業参加者について、事業参加前後の基本チェックリストの点数の変化を集計し、維持・改善割合（事業参加者のうち参加後に点数が維持・改善された者の割合）により介護予防事業の効果を評価する。

※）主観的健康感は、国民生活基礎調査の以下の質問により評価する。

「あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

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」

2 介護予防事業（一般高齢者施策）

<プロセス指標>

以下の5項目について、事業が適切な手順・過程を経て実施できているか否かを評価する。

- ①介護予防に関する一般的な知識や、介護予防事業の対象者、事業内容、参加方法等の事業実施に関する情報について積極的に普及啓発を行っているか。
- ②介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織を適切に把握しているか。
- ③介護予防事業を推進するに当たり、介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織と密に連携を図っているか。

④ボランティアや地域活動組織のリーダー等を育成するための研修会等を開催しているか。

⑤地域活動組織の求めに応じて、担当職員の派遣、活動の場の提供等の支援を行っているか。

<アウトプット指標・アウトカム指標>

介護予防事業（一般高齢者施策）については、市町村の創意工夫により様々な事業が想定されることから、事業内容等に応じて適宜指標を設定し、アウトプット及びアウトカムの評価を行う。評価指標の例を以下に示す。

【指標の例】

- ①介護予防に関する講演会、相談会等の開催回数・参加者数
- ②介護予防に関するイベント等の開催回数
- ③ボランティア育成のための研修会の開催回数・参加者延数
- ④地域活動組織への支援・協力等の実施回数
- ⑤当該年度に新規に創設された地域活動組織の数

(※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	

《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(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		□有 □無					()					
日常生活(家庭生活)について		□有 □無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					()					
健康管理について		□有 □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

【本来行うべき支援ができない場合】
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

- プラン継続
- プラン変更
- 終了
-
-

- 介護給付
- 予防給付
- 介護予防特定高齢者施策
- 介護予防一般高齢者施策
- 終了