

高齢者世話付住宅（シルバーハウジング）、高齢者向け優良賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、多くの高齢者が居住する集合住宅等を対象に、日常生活上の生活相談・指導、安否確認、緊急時の対応や一時的な家事援助等を行う生活援助員を派遣し、関係機関・関係団体等による支援体制を構築するなど、地域の実情に応じた、高齢者の安心な住まいを確保するための事業を行う。

② 介護サービスの質の向上に資する事業

地域で活躍している高齢者や民生委員等が、介護サービス利用者のための相談などに応じるボランティア（介護相談員）として、利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、サービス担当者との意見交換等（介護相談員派遣等事業）を行う。

③ 地域資源を活用したネットワーク形成に資する事業

栄養改善が必要な高齢者（二次予防事業の対象者を除く。）に対し、地域の社会福祉法人等が実施している配食の支援を活用し、高齢者の状況を定期的に把握するとともに、必要に応じ、地域包括支援センター等に報告する。

④ 家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業

高齢者のいる世帯における家庭内の事故等による通報に随時（24時間・365日）対応するための体制整備（電話を受け付け、適切なアセスメントを行う専門的知識を有するオペレーターの配置等）を行う。

⑤ 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業

地域社会等において、豊かな経験と知識・技能を生かし、地域の各団体の参加と協力のもとに、高齢者の生きがいと社会参加を促進するため、地域における様々な社会資源を活用し、各種サービスを提供する。

（４）留意事項

ア 任意事業の実施に当たっては、この包括的支援事業の円滑な実施に資するネットワークの構築や地域のコミュニティの形成を踏まえるなど、地域における社会資源の活用に留意すること。

イ 住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由がわかる書類を作成する事業及び必要な理由がわかる書類を作成した場合の経費を助成する事業の

実施にあたっては、介護支援専門員又は作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験二級以上その他これに準ずる資格等を有する者など、居宅介護住宅改修費又は介護予防住宅改修費の支給の対象となる住宅改修について十分な専門性があると認められる者が作成者であること。

ウ (3)のウの(ウ)の③のような、配食の支援を活用した事業を実施する場合、食材料費及び調理費相当分は利用者負担とすることが基本となるが、利用料の設定に当たっては、低所得者への配慮や市町村における財源等を考慮すること。

エ 介護予防・地域支え合い事業として実施されていた事業のうち、「生きがい活動通所支援事業」や「緊急通報体制等整備事業」等の一般財源化された事業は、地域支援事業として実施することはできないものであること。

別添 1

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か月間で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。

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（二次予防事業）

<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。

- ①二次予防事業の対象者を適切に把握・選定するため、複数の把握経路を確保しているか。
- ②二次予防事業の対象者に関する情報を提供してくれた関係機関等へ、当該二次予防事業の対象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。
- ⑩二次予防事業の対象者の個人情報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二次予防事業の対象者の把握状況进行评估する。</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进行评估する。</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进行评估する。</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</p> |

| | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 効果を評価する。 |
| 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（一次予防事業）

<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（一次予防事業）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

様式2

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 _____

| | |
|---|----|
| 日 | 1年 |
|---|----|

| セメ 現の状 | 本人家の | 課題 原因 | 的課 | 課目 具策 の提 | 具策 本人家の | 目 | 支援のイ | | | | | |
|---------------------|------|----------|----|----------------|------------|---|----------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|----|--|
| | | | | | | | 本人等のセル や家の支援 イ | 本人等のセル や家の支援 ルサ ビ | 介護保険サ ビ または 地 支援事業 | サ ビ 種別 | 事業 | |
| 動・移動について | | 有 | | | | | | | | | | |
| 常 活 (家庭生) について | | 有 | | | | | | | | | | |
| 会 コミュニケーション について | | | | | | | | | | | | |
| 康 理について | | 有 | | | | | | | | | | |

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 場合】
 妥当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 問項目数) (問項目数) を 書き下 さい。
 地域支 事業の場合は 要な事業プ グラム 枠内の数字に 印をつけ 下さい。

| | 運動 不足 | 栄養改善 | 内 ケ | 予 | 物 れ予 | う 予 |
|-----------------------|----------|------|--------|---|------|-----|
| 予 給付 ま は 地 支援事業 | | | | | | |

地 包括支援セ

計画に関する同意

上 画 同 ます

平 ____月 ____氏 _____

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"/> 二次予防事業 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 一次予防事業 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 終了 |

