令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業

介護予防ケアマネジメントに関する
課題別参考資料

令和 2 年 3 月

株式会社 日本総合研究所

目　次

本資料の位置付け・構成 3

1．はじめに―介護予防ケアマネジメントの概要と実施のポイント 4

（1）介護予防ケアマネジメントの概要 4

（2）介護予防ケアマネジメントのプロセス 4

（3）効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けたポイント 5

① 要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズ・実態の把握 7

② アセスメントの質向上 8

③ 自立支援に資する適切なサービスの選択・提案 9

④ 各サービスの効果の把握 9

⑤ 関係者のスキル向上 10

（4）介護予防ケアマネジメントのあり方を検討するうえでの視点 10

2．ポイント別の取組み事例 15

（1）要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズ・実態の把握 16

取組みの意義 16

各市町村における取組みの現状 16

取組み事例：神奈川県大和市（人口約 23 万人） 17

（2）アセスメントの質向上 18

取組みの意義 18

各市町村における取組みの現状 18

取組み事例：三重県いなべ市（人口：約 4.5 万人） 20

取組み事例：大阪府寝屋川市（人口約 24 万人） 21

（3）自立支援に資する適切なサービスの選択・提案 23

取組みの意義 23

各市町村における取組みの現状 24

取組み事例：兵庫県明石市（人口約 29 万人） 24

取組み事例：岡山県津山市（人口：10 万人） 26

（4）各サービスの効果の把握 29

取組みの意義 29

各市町村における取組みの現状 29

取組み事例：青森県弘前市（人口：17 万人） 30

（5）関係者のスキル向上 31

取組みの意義 31

各市町村における取組みの現状 31

取組み事例：千葉県松戸市（人口 48 万人） 33

３．総括 34

巻末資料 35

巻末資料１：平成 30 年度　大和市「介護予防アンケート」 35

巻末資料２：いなべ市　アセスメント（モニタリング）・ケースカンファレンス総合記録票 47

巻末資料３：弘前市「事前・事後アセスメント評価表」 51

本資料の位置付け・構成

本資料の狙い

平成 24 年の介護保険制度の改正により、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」とする。）が創設され、平成 27 年 4 月から平成 29 年 3 月末にかけて、全市町村にて総合事業への移行が行われました。総合事業への移行に伴い、介護予防ケアマネジメントの位置付けも見直され、各市町村にて介護予防ケアマネジメントのあり方が検討されてきました。

本資料は、総合事業への移行から 3～5 年が経った中で、介護予防ケアマネジメントの重要性・意義を改めて確認するとともに、各市町村の取組みにおいて重要と考えられるポイントを 5 つに絞り込み、ポイントごとに取組みの事例等を整理したものです。

介護予防ケアマネジメントのあり方を検討するうえで、各地域で課題となっている事柄を中心に参照いただき、今後の検討の一助として頂ければ幸いです。

本資料の構成

第 1 章では、総合事業における介護予防ケアマネジメントの概要について改めて整理し、各市町村の取組みにおいて重要と考えられるポイントを 5 つに絞り込んでご紹介します。

第 2 章では、5つのポイントそれぞれについて、取組みの意義等を整理するとともに、参考になり得る市町村の取組み事例を取り上げています。

なお、介護予防ケアマネジメントを実施するうえでの基本的な考え方は、平成 27 年に厚生労働省が示した「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」にて言及されており、各市町村はこれを踏まえて介護予防ケアマネジメントに取り組むこととされています。本手引きで取り上げる取組み事例は、「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」の内容を踏まえつつ、各地域の課題や資源に合わせて、介護予防ケアマネジメントの実施にあたって様々な工夫を行っている事例です。

重要なのは、介護予防ケアマネジメントの質向上における取組みは、各市町村の地域課題や地域資源を踏まえて検討されるものであり、本手引きで取り上げる市町村の取組み事例はあくまで一つの事例であるということです。本資料にて取り上げる事例については、当該市町村がもともと抱えていた課題や検討の過程、取組みの目的・意図についても可能な範囲で詳細に記載しているため、取組みの内容そのものだけではなく、検討のプロセス等も参考にして頂ければ幸いです。

1．はじめに―介護予防ケアマネジメントの概要と実施のポイント

（1）介護予防ケアマネジメントの概要

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものです。[i]

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、また、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らすためには、利用者の自立支援に資するよう、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいては、適切なアセスメントの実施によって利用者の現状や課題、ニーズを把握し、利用者の状況を踏まえた目標を設定することや、目標達成のために、予防給付および総合事業のサービスのほか、地域で利用できる様々なサービス（インフォーマルサービスを含む）を柔軟に組み合わせ、利用者本人が主体的に取り組めるようなケアプランを作成していくことが求められます。

（2）介護予防ケアマネジメントのプロセス

介護予防ケアマネジメントは主に、①アセスメント、②ケアプランの作成・合意、③サービス利用、④モニタリングの手順で実施されます。原則的なケアマネジメント（ケアマネジメント A）のほか、状態が比較的安定していると判断される場合は簡略化したケアマネジメント（ケアマネジメント B）を、一般介護予防事業や住民主体のサービス、民間サービスのみを利用する場合は初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント C）が実施されています。

---

[i] 平成 27 年 6 月 5 日老振発0605第1号「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」より引用

図表 1 介護予防ケアマネジメントのプロセス

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント（課題分析）	✓ アセスメントによる課題やニーズの把握	✓ アセスメントによる課題やニーズの把握	✓ アセスメントによる課題やニーズの把握
ケアプランの作成・合意	✓ ケアプラン原案の作成 ✓ サービス担当者会議 ✓ 利用者への説明 ✓ ケアプランの確定	✓ ケアプラン原案の作成 ✓ サービス担当者会議（適宜） ✓ 利用者への説明 ✓ ケアプランの確定	✓ ケアマネジメントの結果を利用者に説明
サービス利用	✓ ケアプランに基づいたサービス利用	✓ ケアプランに基づいたサービス利用	✓ 一般介護予防事業や住民主体のサービスの利用
モニタリング	✓ モニタリング（3か月ごと）	✓ モニタリング（適宜）	－

（3）効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けたポイント

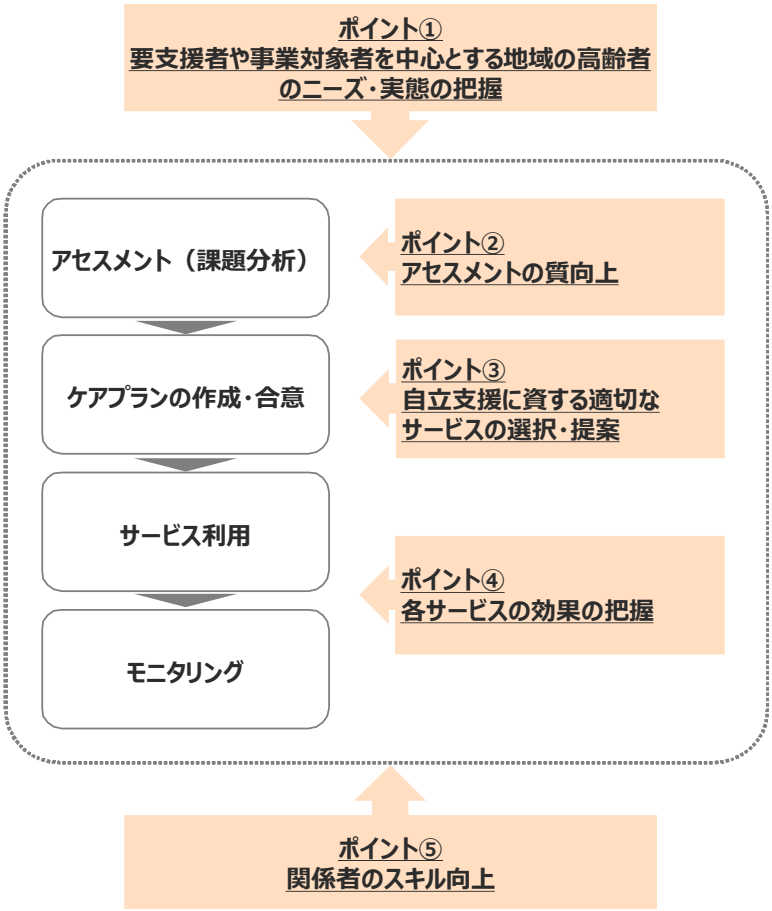
介護予防ケアマネジメントは先述の通り、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものです。市町村は、各地域のインフォーマルサービスを含めた資源や、地域の要支援者や事業対象者の実態を把握し、効果的な総合事業のあり方を検討しつつ、地域の関係者と密に連携しながら、質の高い介護予防ケアマネジメントの実施に向けた検討を行うことが求められています。

総合事業への移行から 3～5 年が経ち、各市町村でアセスメントの質向上や、適切なサービス選択のためのツール作成、地域包括支援センター職員や居宅介護支援専門員をはじめとする関係者のスキル向上など、より効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けた様々な工夫が行われています。このような状況を踏まえ、令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業」では、全市町村を対象に、介護予防ケアマネジメントのあり方に関するアンケート調査を実施しました（有効回収数 1,230）。

本調査の結果と、有識者へのヒアリングを踏まえ、本資料では、介護予防ケアマネジメントのプロセスに鑑み、効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けたポイントを以下の 5 点に整理してご紹介します。

ポイント① 要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズ・実態の把握
ポイント② アセスメントの質向上
ポイント③ 自立支援に資する適切なサービスの選択・提案
ポイント④ 各サービスの効果の把握
ポイント⑤ 関係者のスキル向上

図表 2 効果的な介護予防ケアマネジメント実施に向けたポイント



① 要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズ・実態の把握

平成 24 年度の介護保険制度改正で創設された総合事業の基本的な考え方は、各市町村が、地域の様々な資源を活用しながら、地域のニーズや課題に応じてサービス体系を決定することにあります。より効果的な総合事業および介護予防ケアマネジメントの実施のためには、総合事業のサービス体系を揃えようとするのではなく、要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズや地域課題の把握、地域に真に必要とされる事業の検討を通じて、サービス体系をブラッシュアップしていくことが必要です。

各市町村が、支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズや地域課題を把握し、地域に真に必要とされる事業を検討するためには、日常生活圏域ニーズ調査および独自のアンケート調査等を活用しながら地域の高齢者の課題・ニーズを直接検討することや、基本チェックリストなど高齢者の状態が把握できるデータを活用することなどが考えられます。また、介護予防のための地域ケア会議などの開催を通して、個別課題の解決に向けた取り組みの積み上げから、地域に必要な資源やサービスを創出することも考えられます。

そうした高齢者のニーズや実態把握の際には、地域包括支援センターなど、より利用者に近い関係機関を交えた打合せやヒアリング等を通して、現場の実態を吸い上げることも重要です。

これらの取組に関する、各市町村の現状の実施状況および、取組事例については、第 2 章 1 項（16 ページ～）をご参照ください。

図表 3 （参考）総合事業のサービス体系

総合事業	**介護予防生活支援サービス**	1．訪問型サービス ① 訪問介護：従前相当のサービス ② 訪問型サービスA：緩和した基準によるサービス ③ 訪問型サービスB：住民主体による支援 ④ 訪問型サービスC：専門職による短期集中予防サービス ⑤ 訪問型サービスD：移動支援 2．通所型サービス ① 通所介護：従前相当のサービス ② 通所型サービスA：緩和した基準によるサービス ③ 通所型サービスB：専門職による住民主体による支援 ④ 通所型サービスC：短期集中予防サービス 3．その他の生活支援サービス ① 栄養改善を目的とした配食 ② 住民ボランティア等が行う見守り ③ 訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援
	一般介護予防事業	• 介護予防把握事業 • 介護予防普及啓発事業 • 地域介護予防活動支援事業 • 一般介護予防活動支援事業 • 地域リハビリテーション活動支援事業

② アセスメントの質向上

介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者の現状や課題、ニーズを把握するアセスメントが重要な出発点となります。利用者の現状が把握できなければ、後のケアプラン検討には繋がりません。特に、最近では介護予防のための地域ケア個別会議を開催する市町村も増えつつあり、介護予防のための地域ケア個別会議の場において多職種で事例を検討するにあたっても、アセスメントの質向上は重要な課題となります。

アセスメントは基本的に、地域包括支援センター職員や居宅介護支援専門員によって、来所時の様子や電話でのやりとり、個別訪問など様々な場面を通して実施されます。アセスメントの際に使用する様式としては、利用者基本情報をはじめ、介護予防サービス・支援計画書における総合的課題までもがアセスメントの様式となります。

そのほか、興味関心チェックシート等が国から示されていますが、一部の市町村では服薬や睡眠状況を含めた健康状態、ADL、IADL の状態、社会生活の様子、認知機能、口腔、食・栄養状態等、様々な項目についてより詳細な情報を聞き取るための、追加のシートを独自で作成しているところがあります。また、その作成したシートを運用する人々で異なる解釈を行わないよう、その活用に関するマニュアルまで作成している市町村もあります。

独自のアセスメントシートを作成し、運用がうまくいっている市町村に共通して言えることは、介護予防事業の関係者（特に地域包括支援センターや、委託先の居宅介護支援事業所など）と作成の目的・意義や使い方についてしっかりと共有し、どのような項目があれば、アセスメントに役立てられるか、協議を重ねながら作成している点です。そのためには、作成段階から関係者を巻き込み、一緒に検討を重ねることが効果的であると考えられます。（参考：11 ページ　奈良県生駒市の取組）

このほか、自立支援の視点において「できること」「できないこと」「できそうなこと」などをしっかりとアセスメントする上で、計画作成者の質向上も踏まえ、専門職（保健師、理学療法士、作業療法士、栄養士など）がアセスメントのための訪問に同行するなどして、専門的な視点からアセスメントを補完するよう工夫している市町村もあります。

これらの、アセスメントの質向上の取組に関する、各市町村の現状の実施状況および、取組事例については、第 2 章 2 項（18 ページ～）をご参照ください。

③ 自立支援に資する適切なサービスの選択・提案

自立支援に資する適切なサービスの選択・提案は、利用者の目指す目標や、希望等を考慮しつつ、地域包括支援センター職員や居宅介護支援専門員が中心となって実施します。その際、アセスメント結果を基に、適切なサービスが提案されるためには、計画作成者と利用者がしっかりと向き合い、ニーズに基づくケアプランを作成することが重要です。利用者の意向だけを聞き、補完的にケアプランを作成することがないよう留意が必要です。

補完的なケアプランとなっていないかを客観的に見える化する工夫として、先に示した市町村独自の帳票を運用している市町村があります。また、一つのやり方として、フローチャートや、アセスメントの結果、利用が好ましいと思われるサービス選択の基準について、市町村で一定の方向性を示すことで、介護予防ケアマネジメントの質の標準化や、地域にあるリソースの適切な活用につなげようとしている事例もあります。

市町村でサービス利用の基準を作成するにあたっては、介護予防事業の関係者（特に地域包括支援センターや、委託先の居宅介護支援事業所など）と繰り返し協議を重ね、必要に応じて基準の見直しを行うなど、関係者が納得できる方向性を打ち出すことが重要です。

自立支援に資する適切なサービスの選択・提案に関する、各市町村の現状の実施状況および、取組事例については、第 2 章 3 項（23 ページ～）をご参照ください。

④ 各サービスの効果の把握

実際にサービスを利用するにあたっては、サービス利用の効果や、利用者の状態についてモニタリングし、必要に応じてケアプランの修正を行うなど、具体的なサービス内容の見直し・変更も含めて、目標達成に向けた取り組み状況を確認することが重要です。

近年は、介護予防のための地域ケア会議を、サービス利用途中や卒業時に実施する自治体も増えてきています。当初のケアプランと、実際にサービスを利用した効果を、介護予防のための地域ケア会議の場で検討することで、サービス内容の見直しの必要性や、サービス卒業後の地域参加（通いの場への定着など）について多職種で議論することができます。

奈良県生駒市においては、介護予防のための地域ケア会議を初回（サービス内容・支援方針・目標の妥当性等を検討）、中間（利用者の状態の把握、支援内容や目標の再確認）、終了前（今後の活動の場を検討）の 3 回実施しており、年間でおおよそ 200 件の議論がなされています。

各サービスの効果の把握・検討に関する、各市町村の現状の実施状況および、取組事例については、第 2 章 4 項（29 ページ～）をご参照ください。

⑤ 関係者のスキル向上

地域包括支援センターや委託先の居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員は、介護予防ケアマネジメントにおける中心的な存在です。このため、市町村としての自立支援の考え方を地域包括支援センター職員や居宅介護支援専門員と共有し、スキルアップを図ることが重要です。

多くの自治体で研修等が行われているほか、介護予防ケアマネジメントの考え方や手順に関する独自のマニュアルの作成等に取り組んでいる事例があります。

こうしたマニュアルの作成にあたっても、関係者（特に地域包括支援センター等）を巻き込んで進めていくことが重要です。

関係者のスキル向上に関する、各市町村の現状の実施状況および、取組事例については、第2章5項（31ページ～）をご参照ください。

（4）介護予防ケアマネジメントのあり方を検討するうえでの視点

前述の通り、総合事業のポイントは、市町村の実情に応じた取組みが可能な点にあります。介護予防ケアマネジメントのあり方についても、市町村が、それぞれの地域の課題・資源等を整理し、地域包括支援センターや地域の専門職を巻き込みながら、最も地域にあったあり方を検討することが重要です。

前項で紹介した①から⑤のポイントについて、各市町村で様々な取組みが行われていますが、ある市町村で成功したやり方が、必ずしもほかの市町村で上手くいくわけではありません。重要なのは、課題を明確にし、課題解決に向けてPDCAサイクルを回すことです。また、そのプロセスの中では、庁内連携を含め多様な関係者を巻き込み、合意を取りながら検討を進めていくことが必要です。

以下に、奈良県生駒市における介護予防事業全体の取組みについて、取組み内容と、そこに至るまでの検討の過程、取組み全体をブラッシュアップしていくにあたってのポイントをご紹介します。

奈良県生駒市の取組（人口約 12 万人）

【効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けた取組み内容】

1. 要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズ・実態の把握（ポイント①）

- 基本チェックリストを活用した事業対象者・要介護認定者の実態把握
  - 介護予防ケアマネジメントの向上に向け、過去に要支援認定者と二次予防事業対象者の基本チェックリストを検証したことで、要支援認定者に共通する特徴を洗い出し、整理することができた。そのプロセスを踏まえていた結果、要支援者等の特徴が把握でき、事業対象者をどのように総合事業のサービスや事業に案内していくかについての基準が作成できた。
  - 基本チェックリストの項目の中で重複して該当する項目を整理し、この情報を基に、市として優先して整備すべき事業や、適切なサービス量を想定することで、総合事業の全体量を整備し、事業選定基準を作成することが可能となった。
  - その他、日常生活圏域ニーズ調査や主治医意見書・認定調査等の分析、老人クラブ連合会や民生児童委員、地域のボランティア団体、地域包括支援センターへのヒアリング、介護予防支援のケアプラン確認等を通して、地域の高齢者のニーズ・実態の把握を行っている。

2. アセスメントの質向上（ポイント②）

- 「生駒市版二次アセスメントシート」の活用
  - より個別性の高い支援を行うにあたり、利用者基本情報や基本チェックリストだけでは情報が不足することや、計画作成者の考え方や経験によって、アセスメントの質が大きく異なってしまうことを課題と感じていたこともあり、それらの帳票を補うツールとして二次アセスメントシートを作成した。
  - 二次アセスメントシートの様式は、平成 25 年度から 27 年度にかけて「介護予防に関するアセスメントツール作成会議」を定期的に開催することによって決定した。本会議には、医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護事業者・介護予防通所介護事業者・介護予防訪問介護事業者・介護支援専門員・地域包括支援センター職員等、総勢 11 名が参加している。
  - 二次アセスメントシートの様式の暫定版作成時には、モデルケースを挙げ、何度も「介護予防に関するアセスメントツール作成会議」の場で検証を重ね、運用後も毎年検証し、より使いやすくなるよう改定を重ねている。
- 「診療情報提供書」の作成
  - 利用者が複数の主治医を持つ場合や、事業対象者が要支援認定を受けずに総合事業を利用する場合などに、サービスや事業を利用するうえでのリスクや留意事項につい

て、利用者（参加者）を通じて地域包括支援センターが医師から情報提供を受けるための様式である。この帳票を作成することにより、関係する医師会等と連携が深まり、また総合事業の内容にも理解を示してもらえるようになり、医師から通いの場や介護予防・生活支援サービス事業につないでもらえる結果となった。

・ 「介護予防に関するアセスメントツール作成会議」の場で議論を行う場に市医師会より医師が 2 名、薬剤師会や歯科医師会からも各 1 名参加いただいたため、高齢者と医療面で接する機会の多い関係者に総合事業の理解を促せた。この取り組みについては、総合事業の推進のためでもあったが、結果的には医療介護連携へとつながっている。

3. 自立支援に資する適切なサービスの選択・提案（ポイント③）

- どのような状態像の方に、どのようなサービスを提案するかについては、市と地域包括支援センター等で何度も協議して利用者像を共有し、一定の方向性を確認しあいながら、その結果を「アセスメントツール作成会議」にて報告した。また、その方向性については「アセスメントツール作戦会議」の場でもさらに議論いただくことで医療・介護両面から幅広く要支援者等の事業内容を整理することができ、一定のルール化を図ることができた。

4. 各サービスの効果の把握（ポイント④）

- 介護予防ケアマネジメントにおける評価では、状態像に見合うモニタリングを徹底し、必要に応じてサービス内容の見直しを行っている。また、モニタリングを適切に行っているか確認する機会として、毎年ケアプラン点検支援等も実施している。
- 総合事業の通所型サービス C の利用者においては、必ず介護予防のための地域ケア会議にあげて多職種で議論を行うことや、サービス利用前後に体力測定を実施するなどして、参加者の評価を行っている。ただし、体力測定の結果だけで個人の変化や事業内容の評価を行えるものではないため、「通所型サービス C の利用後、通いの場に定着した」といった定性的な成果もあわせて把握している。
- 平成 30 年度実績では、通所型サービス C を利用した実人数 184 人中、137 人が通所型サービスを 3 か月間の利用のみで卒業し、その割合は全体の 74.5%を占める。そのうち一般介護予防事業などを含めた通いの場に定着している者が 74 人で 40.2%、セルフケアが 59 人と 32.1%を占め、ボランティアとなった者が 4 人と 2.2%を占める。中断者は 13 人、給付への移行が 4 人、多様なサービス（通所型サービスB等）への移行が 30 人となっている。
- また、通所型サービス C の利用者等のケアプランについては、全件を介護予防のための地域ケア会議の場において多職種で議論しており、サービスの効果についてもこの場で評価を行っている。また、この場を通して新たな一般介護予防事業や住民主体の通いの場の創出や住民同士の支えあいの場づくり、認知症支え隊等の創出につながっている。生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員などが会議に参画していることも特徴の一つである。

5. 関係者のスキル向上

- 居宅介護支援専門員のスキル向上
  - 生駒市の地域包括支援センターの自主的な取組の一つとして、保健師等を中心とする予防部会において、居宅介護支援専門員向けの介護予防ケアマネジメント研修の開催や事例検討会や、ケーススタディの研修を含めた研修を実施している。

- 事業所のスキル向上
  - 介護予防のための地域ケア会議とは別に、サービス担当者会議等においても、自立支援や重度化防止の視点で工夫できることなどを、主に介護予防ケアマネジメントを推進している地域包括支援センター等から伝えることで、事業所のスキルアップにつながっている。地域ケア会議を通して、計画作成者である地域包括支援センターのケアマネジメント能力が向上し、ほかの従前相当サービス等の利用者にも活用できるノウハウを蓄積している。
  - 苦手意識のある認知症のアセスメントに対しては、医療介護連携における認知症対策部会等とも連携し、初期の認知症対応マニュアル作成などを行い、要支援者等で物忘れや短期記憶の消失が目立ってきている高齢者への支援の特性などを紹介することで、事業所のスキルアップにもつなげてもらう方向である。

【取組み全体をブラッシュアップしていくにあたってのポイント】

✓ **<u>多様な関係者の巻き込み</u>**

- 例えば「二次アセスメントシート」の様式を作成するにあたっては、医師会や各種介護事業者など、様々な専門職・関係者からなる会議を立ち上げ、2年間にわたって議論を行っている。関係者と共通の認識を持つために、意見を持ち寄ってツールを作成・共有することを重視した。そのことで、関係者の想いの詰まったツールとなり、活用促進につながっている。
- 特に地域包括支援センターと市役所は、車の両輪として連携しながら取り組んでいくことが必要である。自立支援に向けた目的・目標を明確化し、自立支援とは何かというビジョンを共有するプロセスを意識している。
- 「二次アセスメントシート」や「診療情報提供書」の作成にあたり、医師会の協力は必要不可欠である。何度も足を運び、介護予防に医師会の参画が必要なことを説明し、協力をあおいだ。さらに、関係各所を回り、丁寧な説明を行うほか、医師会を対象とする市主催の総合事業の説明会を、有識者を招いて実施するなど、工夫した。

✓ **庁内連携の推進**

- 限られたマンパワーで効果的な取組みを行うためには、庁内連携が必要である。課をまたいで検討すべき事項については、副市長を座長とする地域包括ケア推進会議にて議論している。通いの場や高齢者の生きがいづくりのほかに、例えば生活支援体制整備事業については、まちづくりに係わる課と連携して取組を進めている。
- また、保険事業と介護予防の一体実施に向けても、高齢者関係の主な3つの課に横串を通して取り組もうと、健康寿命延伸のための環境整備事業等を新規事業として計画している。

✓ **取組みの自己点検を行い、PDCA サイクルを回すこと**

- 「二次アセスメントシート」をはじめとする独自様式や、各種マニュアル等は、常に内容の見直しを行い、必要に応じて改定を行っている。
- 取組みの継続性を担保するために、例えば地域包括支援センターのセンター長を固定するなど、法人・事業者への協力もあおぎながら、職員配置の面でも工夫をしている。

✓ **利用者側の理解を広げること**

- 規範的統合が重要であることから、市民にも介護保険制度を持続性の高いものとするために、制度の理解を促すとともに、人生 100 年時代をどう過ごすかについても意識して頂くための啓発を、出前講座やフォーラム等を通して行っている。
- 介護予防ケアマネジメントへの理解を促すために、目や耳から入る情報に工夫をしている。遠方の家族にはホームページを活用して発信し、利用者には訪問時にポータブル DVD を持参し、見てもらっている。介護予防に関する DVD は、自治会や民生委員、老人クラブ等にも配布し、啓発に努めている。
- 地域包括支援センターの予防部会においては、ケアプラン作成時に、平準化した説明ができるように工夫を凝らしたリーフレットの作成や、そのリーフレット活用マニュアルの作成等を主体的に行い、経験値によらず適切な説明ができるようにも工夫を重ねている。こうして、利用者理解の促進に向けても、市が行うこと、地域包括支援センターが行うことなど、役割分担できていることも大切である。

2. ポイント別の取組み事例

第 2 章では、前章で整理した 5 つのポイントごとに、市町村の取組みの現状や取組み事例を以下の通り整理しています。各市町村で課題となっている事項を中心に参照してください。

	5つのポイント	本手引きで取り上げる内容	
①	要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズ・実態の把握	P16～	取組みの意義
		P16～	各市町村における取組みの現状
		P17～	事例：神奈川県大和市
②	アセスメントの質向上	P18～	取組みの意義
		P19～	各市町村における取組みの現状
		P20～	事例①三重県いなべ市
		P21～	事例②大阪府寝屋川市
③	自立支援に資する適切なサービスの選択・提案	P23～	取組みの意義
		P24～	各市町村における取組みの現状
		P24～	事例①兵庫県明石市
		P26～	事例②岡山県津山市
④	各サービスの効果の把握	P29～	取組みの意義
		P29～	各市町村における取組みの現状
		P30～	事例：青森県弘前市
⑤	関係者のスキル向上	P31～	取組みの意義
		P31～	各市町村における取組みの現状
		P33～	事例　千葉県松戸市

（1）要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズ・実態の把握

取組みの意義

平成 24 年度の介護保険制度改正で創設された総合事業の基本的な考え方は、各市町村が、地域の様々な資源を活用しながら、地域のニーズや課題に応じてサービス体系を決定することにあります。より効果的な総合事業および介護予防ケアマネジメントの実施のためには、総合事業のサービス体系を揃えようとするのではなく、要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズや地域課題の把握、地域に真に必要とされる事業の検討を通じて、サービス体系をブラッシュアップしていくことが必要です。

各市町村が、支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズや地域課題を把握し、地域に真に必要とされる事業を検討するためには、日常生活圏域ニーズ調査および独自のアンケート調査等を活用しながら地域の高齢者の課題・ニーズを直接検討することや、基本チェックリストなど高齢者の状態が把握できるデータを活用することなどが考えられます。また、介護予防のための地域ケア会議などの開催を通して、個別課題の解決に向けた取り組みの積み上げから、地域に必要な資源やサービスを創出することなども考えられます。

そうした高齢者のニーズや実態把握の際には、地域包括支援センターなど、より利用者に近い関係機関を交えた打合せやヒアリング等を通して、現場の実態を吸い上げることも重要です。

各市町村における取組みの現状

要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズや実態の把握に関する取組み内容は図表 4 の通りです。

日常生活圏域ニーズ調査は、要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズ・実態を把握できる効果的なツールの一つであり、総合事業のサービス体系等を検討する材料の一つとなり得ると考えられますが、これを地域の高齢者のニーズ・実態を把握するために活用できている割合は約 2 分の 1 に留まっています。

また、地域包括支援センターや生活支援コーディネーター、協議体など、より利用者に近い機関へのヒアリングおよび意見交換については、4 分の 3 に近い市町村で取り組まれておらず、現場の声を把握する取組に課題があることが明らかになっています。

このほかの取組として、取り組んでいる市町村数は限られていますが、独自のアンケート調査や各戸訪問などを通して、直接高齢者のニーズや地域課題を把握しつつ、閉じこもり等のハイリスク者へアプローチしようとしている事例や、認定調査票や基本チェックリストなど、要支援者・事業対象者の実態が反映された様式を集約し、分析している事例もあります。

図表 4 要支援者や事業対象者を中心とする地域の高齢者のニーズや実態の把握に関する取組内容（n=1230）

		全体 n＝1230	政令市 n＝16	30万人以上（政令市除く） n＝53	10万人以上30万人未満 n＝163	5万人以上10万人未満 n＝216	3万人以上5万人未満 n＝193	1万人以上3万人未満 n＝317
1	アンケート調査を実施している	14.5%	43.8%	24.5%	22.7%	13.9%	13.0%	11.7%
2	日常生活圏域ニーズ調査を実施している	52.8%	56.3%	64.2%	65.0%	49.1%	57.5%	51.7%
3	地域包括支援センターへヒアリングを実施している	28.7%	62.5%	45.3%	41.1%	32.9%	22.3%	23.0%
4	生活支援コーディネーターへヒアリングを実施している	26.9%	31.3%	24.5%	25.8%	26.4%	21.8%	28.1%
5	協議体と情報交換を実施している	27.9%	37.5%	32.1%	25.2%	29.6%	23.3%	28.4%
6	各戸訪問などアウトリーチの取組を実施している	14.2%	6.3%	13.2%	5.5%	7.4%	11.9%	17.0%
7	ケアマネジメント、ケアプランの分析を実施している	14.3%	25.0%	13.2%	13.5%	11.6%	14.0%	16.4%
8	認定調査票や基本チェックリストを集約し、活用・分析している	9.3%	18.8%	1.9%	4.3%	5.1%	6.2%	12.3%
9	要介護認定申請時の主治医意見書を分析している	5.5%	0.0%	3.8%	3.7%	5.1%	3.6%	5.7%
10	その他	4.1%	12.5%	5.7%	2.5%	3.2%	2.6%	5.0%
11	特に取り組んでいない	15.4%	6.3%	7.5%	11.7%	19.0%	16.1%	14.5%

取組み事例：神奈川県大和市（人口約 23 万人）

【取組み概要】

- ✓ 2 年に一度、「介護予防アンケート」として郵送での独自アンケート調査を実施。
- ✓ 基本的には要支援・要介護認定を受けていない 65 歳以上の市民全員が対象になる。なお、平成 30 年度の対象者は、大和市民で要支援認定、要介護認定、事業対象者認定を受けていない 65 歳以上の方のうち、一人暮らし世帯の方、または前年度の特定・長寿健診で低栄養傾向と認められた方とした。
- ✓ 内容は、基本チェックリストの内容を含む約 80 項目であり、生活の様子・身体・栄養・口腔・社会参加等を調査。

⇒参考：巻末資料 1
「平成 30 年度　大和市　介護予防アンケート」

【独自アンケート調査結果の活用の仕方】

- 調査票の回収率は年によるが、概ね 6 割～7 割程度である。回答のあった方全員に、自身の健康状態が分かる評価結果を通知する中で、要支援・要介護になる可能性があると考えられる方については、通所型サービス C を中心とする総合事業のサービスへの参加を誘引する。
- 大和市では通所型サービス C と訪問型サービス C の両方を実施している。閉じこもり傾向のある方や、集団での運動・体操等に苦手意識のある方に対しては、訪問型サービス C とし

て保健師または理学療法士、管理栄養士、歯科医師等の専門職による訪問を行っている。どの専門職が訪問するかについては、アンケート回答を参照し、利用者の課題を検討したうえで決定している。

- 独自アンケートとして、生活の様子・身体・栄養・口腔・社会参加など、詳細に調査することにより、どのようなきっかけから要支援・要介護状態になる方が多いのかを把握し、より効果的な総合事業のあり方を検討する上での材料の一つとしている。

【取組み開始の目的・検討のプロセス】

- 総合事業への移行を機に、市で短期集中型サービスの創設や、住民主体の通いの場の整備を進めたが、閉じこもり傾向のある方の利用を促すのが難しく、本来必要な方にサービスが届きにくい点が課題であった。また、閉じこもり傾向のある方のニーズや生活上の課題を把握することが難しく、総合事業のサービスの検討が難しい点も課題であった。
- 閉じこもり傾向のある方についても、総合事業の対象者および必要とされるサービスやニーズ等を把握することを目的に介護予防把握事業を活用し、独自で郵送によるアンケートを実施することとなった。（注：独自アンケート自体は総合事業への移行前から実施していたが、現在の項目・活用方法になったのは総合事業への移行が契機となっている。）

【取組みの効果・今後の課題】

- 介護予防アンケート結果に基づき、年間延べ 100 件以上、訪問型サービス C による専門職の訪問を行っている。
- 今後、アンケート結果を活用し、効果的な総合事業のあり方をさらに検討していきたい。

（2）アセスメントの質向上

取組みの意義

介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者の現状や課題、ニーズを把握するアセスメントが重要な出発点となります。利用者の現状が把握できなければ、後のケアプラン検討には繋がりません。特に、最近では介護予防のための地域ケア個別会議を開催する市町村も増えつつあり、介護予防のための地域ケア個別会議の場において多職種で事例を検討するにあたっても、アセスメントの質向上は重要な課題となります。

各市町村における取組みの現状

アセスメントは基本的に、地域包括支援センター職員や居宅介護支援専門員によって、来所時の様子や電話でのやりとり、個別訪問など様々な場面を通して実施されます。アセスメントの際

に使用する様式としては、利用者基本情報をはじめ、介護予防サービス・支援計画書における総合的課題までもがアセスメントの様式となります。そのほか、興味関心チェックシート等が国から示されていますが、一部の市町村では服薬や睡眠状況を含めた健康状態、ADL、IADL の状態、社会生活の様子、認知機能、口腔、食・栄養状態等、様々な項目についてより詳細な情報を聞き取るための、追加のシートを独自で作成しているところもあります。（図表 5）

ただし、独自のアセスメントシートを作成し、運用がうまくいっている市町村に共通して言えることは、介護予防事業の関係者（特に地域包括支援センターや、委託先の居宅介護支援事業所など）と作成の目的・意義や使い方についてしっかりと共有し、どのような項目があれば、アセスメントに役立てられるか、協議を重ねながら作成している点です。そのためには、作成段階から関係者を巻き込み、一緒に検討を重ねることが効果的であると考えられます。（参考：11 ページ　奈良県生駒市の取組）

このほか、自立支援の視点において「できること」「できないこと」「できそうなこと」などをしっかりとアセスメントする上で、計画作成者の質向上も踏まえ、専門職（保健師、理学療法士、作業療法士、栄養士など）がアセスメントのための訪問に同行するなどして、専門的な視点からアセスメントを補完するよう工夫している市町村もあります。同行している専門職としては、理学療法士や作業療法士等のリハビリテーション専門職　や、保健師が中心となっています。（図表 6）

図表 5　アセスメントの際、国で示している様式（基本チェックリスト、興味・関心リスト等）以外の、市町村独自の様式やツールの有無（n=1230）

		全体 n＝1230	政令市 n＝16	30万人以上（政令市除く） n＝53	10万人以上30万人未満 n＝163	5万人以上10万人未満 n＝216	3万人以上5万人未満 n＝193	1万人以上3万人未満 n＝317
1	作成している	13.6%	31.3%	20.8%	25.8%	13.4%	13.5%	13.2%
2	作成していない	80.7%	68.8%	73.6%	66.3%	80.6%	81.9%	83.0%
	無回答	5.7%	0.0%	5.7%	8.0%	6.0%	4.7%	3.8%

図表 6 アセスメントのための訪問に関する、専門職の同行の有無（n=1230）

		全体 n＝1230	政令市 n＝16	30万人以上（政令市除く） n＝53	10万人以上30万人未満 n＝163	5万人以上10万人未満 n＝216	3万人以上5万人未満 n＝193	1万人以上3万人未満 n＝317
1	医師	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
2	歯科医師	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
3	歯科衛生士	1.7%	0.0%	0.0%	3.1%	4.2%	1.0%	1.3%
4	保健師	9.1%	0.0%	3.8%	8.0%	3.7%	9.8%	9.5%
5	看護師	4.1%	0.0%	3.8%	5.5%	0.9%	5.2%	4.7%
6	薬剤師	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	1.0%	0.6%
7	管理栄養士・栄養士	2.3%	0.0%	1.9%	3.7%	4.6%	1.0%	1.9%
8	リハビリテーション専門職（PT／OT／ST）	9.5%	12.5%	13.2%	13.5%	11.6%	8.3%	6.6%
9	その他の専門職	5.9%	0.0%	7.5%	8.0%	5.1%	6.2%	3.5%
10	特に専門職の同行はない	79.3%	87.5%	79.2%	79.8%	79.6%	79.8%	83.3%

取組み事例：三重県いなべ市（人口：約 4.5 万人）

【取組み概要】

- ✓ 「アセスメント（モニタリング）・ケースカンファレンス総合記録票」として、独自のアセスメントシートを作成。
- ✓ アセスメントシートは「健康状態（疾患管理、口腔と嚥下、栄養、水分、排便、睡眠、視力、聴力等）」、「ADL（起居・移動、食事、排せつ、更衣、身だしなみ、入浴）」、「IADL（炊事、掃除・整理、洗濯、買い物、金銭管理、服薬管理、電話）」、「認知機能」、「外出・社会交流・役割」、「本人や家族、担当者の思い」等の項目からなる。
- ✓ 基本的に総合事業のメニューを利用するにあたっては、6 か月での卒業を目標として取り組むこととしており、各項目について、初回・中間・6 か月時点での状態像を記入できるアセスメントシートになっている。

  ⇒参考：巻末資料「いなべ市　アセスメント（モニタリング）・ケースカンファレンス総合記録票」

【独自のアセスメントシートの活用の仕方】

- ● いなべ市においては、総合事業（従前相当・A・B・C）のサービスを利用する方全員のケアプランについて、介護予防個別ケア会議[i]にて検討している。

[i] 介護予防のための地域ケア個別会議に該当する会議。いなべ市では「介護予防個別ケア会議」の名称で運営。

- 介護予防個別ケア会議で検討された内容は、アセスメントシートの末尾にある「介護予防個別ケア会議の結果」欄に記入する。また、会議の中でより詳細なアセスメントが必要であると判断された場合には、もう一度ケアプラン担当者が利用者を訪問する。
- ケアプラン担当者のアセスメントを支援する取組みの一つとして、希望すればアセスメントにリハビリテーション専門職が同行することができる。そのため、再アセスメントを行う際は、必要に応じて専門職が同行することもある。

【取組み開始の目的・検討のプロセス】

- アセスメントシートの原型は、平成 24 年度に実施した厚生労働省のモデル事業の中で作成。
- 先述の通り、総合事業のサービス利用者全員を介護予防個別ケア会議の対象としており、専門職でケアプランを検討するにあたって詳細なアセスメント情報が必要であることや、訪問するケアプラン担当者によらず、アセスメントの質を保つ必要があることから、詳細な項目の独自様式を設けている。
- 上記の観点を踏まえ、市と地域包括支援センターにて、より利用しやすい形にブラッシュアップするための検討を続けており、様式の改定を複数回行っている。

【取組みの効果・今後の課題】

- 独自様式の活用についてはある程度浸透してきたと感じているが、独自様式の各項目の意味や、介護予防個別ケア会議をなぜ開催しているのか等について、もっと地域の居宅介護支援事業所と意識を共有していくことが必要であると感じている。

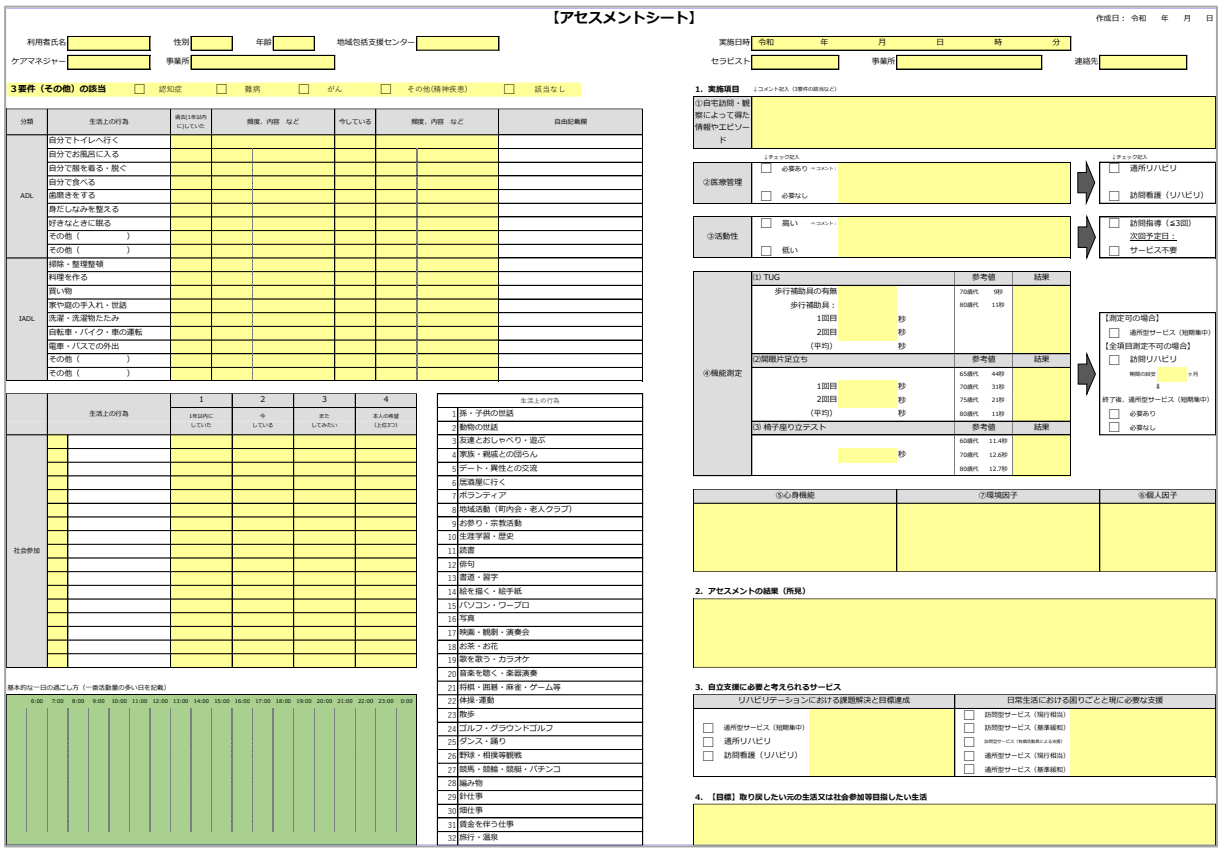
取組み事例：大阪府寝屋川市（人口約 24 万人）

【取組み概要】

✓ 介護支援専門員による訪問アセスメントの後に、介護支援専門員とリハビリテーション専門職による訪問アセスメント（訪問指導）を上限 4 回で実施。

✓ 上記取組みにあわせ、市独自のアセスメントシートを作成している（図表 7）。ADL や IADL、社会参加等に関する項目は介護支援専門員が記入する。身体機能等に関する項目は、リハビリテーション専門職が記入する様式となっている。

図表 7 寝屋川市 アセスメントシート



【アセスメントシート】

作成日：令和　年　月　日

利用者氏名　性別　年齢　地域包括支援センター
ケアマネジャー　事業所

実施日時　令和　年　月　日　時　分
セラピスト　事業所　連絡先

3要件（その他）の該当　□ 認知症　□ 難病　□ がん　□ その他(精神疾患)　□ 該当なし

分類	生活上の行為	過去(1年以内)にしていた	頻度、内容 など	今している	頻度、内容 など	自由記載欄
ADL	自分でトイレへ行く					
	自分でお風呂に入る					
	自分で服を着る・脱ぐ					
	自分で食べる					
	歯磨きをする					
	身だしなみを整える					
	好きなときに眠る					
	その他（　　）					
	その他（　　）					
IADL	掃除・整理整頓					
	料理を作る					
	買い物					
	家や庭の手入れ・世話					
	洗濯・洗濯物たたみ					
	自転車・バイク・車の運転					
	電車・バスでの外出					
	その他（　　）					
	その他（　　）					

	生活上の行為	1 1年以内にしていた	2 今している	3 またしてみたい	4 本人の希望(上位3コ)
社会参加					

	生活上の行為
1	孫・子供の世話
2	動物の世話
3	友達とおしゃべり・遊ぶ
4	家族・親戚との団らん
5	デート・異性との交流
6	床屋に行く
7	ボランティア
8	地域活動（町内会・老人クラブ）
9	お参り・宗教活動
10	生涯学習・歴史
11	読書
12	俳句
13	書道・習字
14	絵を描く・絵手紙
15	パソコン・ワープロ
16	写真
17	映画・観劇・演奏会
18	お茶・お花
19	歌を歌う・カラオケ
20	音楽を聴く・楽器演奏
21	将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等
22	体操・運動
23	散歩
24	ゴルフ・グラウンドゴルフ
25	ダンス・踊り
26	野球・相撲等観戦
27	競馬・競輪・競艇・パチンコ
28	編み物
29	針仕事
30	畑仕事
31	賃金を伴う仕事
32	旅行・温泉

基本的な一日の過ごし方（一番活動量の多い日を記載）

6:00 7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 0:00

1. 実施項目

①自宅訪問・観察によって得た情報やエピソード

②医療管理　□ 必要あり　□ 必要なし　→ □ 通所リハビリ　□ 訪問看護（リハビリ）

③活動性　□ 高い　□ 低い　→ □ 訪問指導（≦3回）　次回予定日：　□ サービス不要

④機能測定

① TUG		参考値	結果
歩行補助具の有無		70歳代 9秒	
歩行補助具：		80歳代 11秒	
1回目	秒		
2回目	秒		
(平均)	秒		

②開眼片足立ち		参考値	結果
		65歳代 44秒	
1回目	秒	70歳代 31秒	
2回目	秒	75歳代 21秒	
(平均)	秒	80歳代 11秒	

③ 椅子座り立テスト		参考値	結果
		60歳代 11.4秒	
	秒	70歳代 12.6秒	
		80歳代 12.7秒	

→ 【測定可の場合】 □ 通所型サービス（短期集中）
【全項目測定不可の場合】 □ 訪問リハビリ　期間の目安　ヶ月　⇓　終了後、通所型サービス（短期集中）　□ 必要あり　□ 必要なし

⑤心身機能	⑦環境因子	⑥個人因子

2. アセスメントの結果（所見）

3. 自立支援に必要と考えられるサービス

リハビリテーションにおける課題解決と目標達成	日常生活における周りごとと現に必要な支援
□ 通所型サービス（短期集中） □ 通所リハビリ □ 訪問看護（リハビリ）	□ 訪問型サービス（現行相当） □ 訪問型サービス（基準緩和） □ 訪問型サービス（有償活動等による支援） □ 通所型サービス（現行相当） □ 通所型サービス（基準緩和）

4. 【目標】取り戻したい元の生活又は社会参加等目指したい生活

【独自のアセスメントシートの活用の仕方】

- 訪問指導の際は、身体機能の測定として TUG、開眼片足立ち、椅子座り立ちテストの 3 つを実施し、結果をアセスメントシートに記載している。
- 身体機能低下が見られる方で、上記 3 項目の測定がある程度可能な方については、通所型サービス C の利用を推奨している。また、状態が比較的良好な方については、上限を 4 回とするリハビリテーション専門職の訪問のみで回復するケースもある。

【取組み開始の目的・検討のプロセス】

- 平成 30 年度に実施した実証事業の中で、リハビリテーション専門職による訪問アセスメントを試験的に実施したところ、アセスメントを目的とした訪問のみで機能が回復し、サービスの利用が必要なくなる事例が見られたほか、リハビリテーション専門職がアセスメントに同行することで、介護支援専門員のスキルアップにもつながるといった結果が出たことから、平成 31 年度よりリハビリテーション専門職によるアセスメントへの同行を本格的に実施。

- 訪問指導を行うのは、大多数が市リハビリテーション連絡会に所属するリハビリテーション専門職の方で、市が開催する研修を受講した方としている。市・地域包括支援センター職員のみでは対応できないことから、地域の専門職の方とのコミュニケーションを重視している。
- 独自のアセスメントシートについても、平成 30 年度の実証事業を機に、リハビリテーション専門職の意見を取り入れながら様式を決定した。

【取組みの効果・今後の課題】

- リハビリテーション専門職が必要に応じて複数回訪問することで、フォーマルサービスを利用しなくても回復する事例が一定数見られる。
- また、リハビリの専門家と話すことにより、利用者本人が自らの身体の状態をよく理解することができ、自立に向けた意欲向上に繋がることや、専門職と一緒にアセスメントを行うことで介護支援専門員の学びにつながるといった効果もある。
- また、寝屋川市では、平成 29 年度から介護予防のための地域ケア個別会議（自立支援型地域ケア会議）を導入し、ケアプラン作成段階と、一定期間のサービス提供後の両方で実施していたが、平成 31 年度以降、リハビリテーション専門職のアセスメントへの同行を本格的に開始してからは、自立支援型地域ケア会議は、通所型サービス C の利用終了時のみの開催に変更している。このように、人的リソースも有限である中で、どの取組みにリソースを割くべきか、市として PDCA サイクルを回しながら検討を行っている。
- 今後は栄養士等、他の専門職との連携を推進していきたい。

（3）自立支援に資する適切なサービスの選択・提案

取組みの意義

自立支援に資する適切なサービスの選択・提案は、利用者の目指す目標や、希望等を考慮しつつ、地域包括支援センター職員や居宅介護支援専門員が中心となって実施します。その際、アセスメント結果を基に、適切なサービスが提案されるためには、計画作成者と利用者がしっかりと向き合い、ニーズに基づくケアプランを作成することが重要です。利用者の意向だけを聞き、補完的にケアプランを作成することがないよう留意が必要です。

補完的なケアプランとなっていないかを客観的に見える化する工夫として、先に示した市町村独自の帳票を運用している市町村があります。また、一つのやり方として、フローチャートや、アセスメントの結果、利用が好ましいと思われるサービス選択の基準について、市町村で一定の方向性を示すことで、介護予防ケアマネジメントの質の標準化や、地域にあるリソースの適切な活用につなげようとしている事例もあります。

市町村でサービス利用の基準を作成するにあたっては、介護予防事業の関係者（特に地域包括支援センターや、委託先の居宅介護支援事業所など）と繰り返し協議を重ね、必要に応じて基準の見直しを行うなど、関係者が納得できる方向性を打ち出すことが重要です。

各市町村における取組みの現状

ほとんどの市町村では、基準の作成は行われていないのが現状です。（図表 8）

基準の作成を行っている市町村では、訪問型または通所型サービス C の整備や、通いの場の普及など、市町村として何等かのサービス（取組み）に力を入れており、これらの適切な活用を意図して基準の作成が行われています。

図表 8 アセスメント実施後、予防給付・総合事業の各サービスの提案を行う際の、市町村独自の基準の作成有無（n=1230）

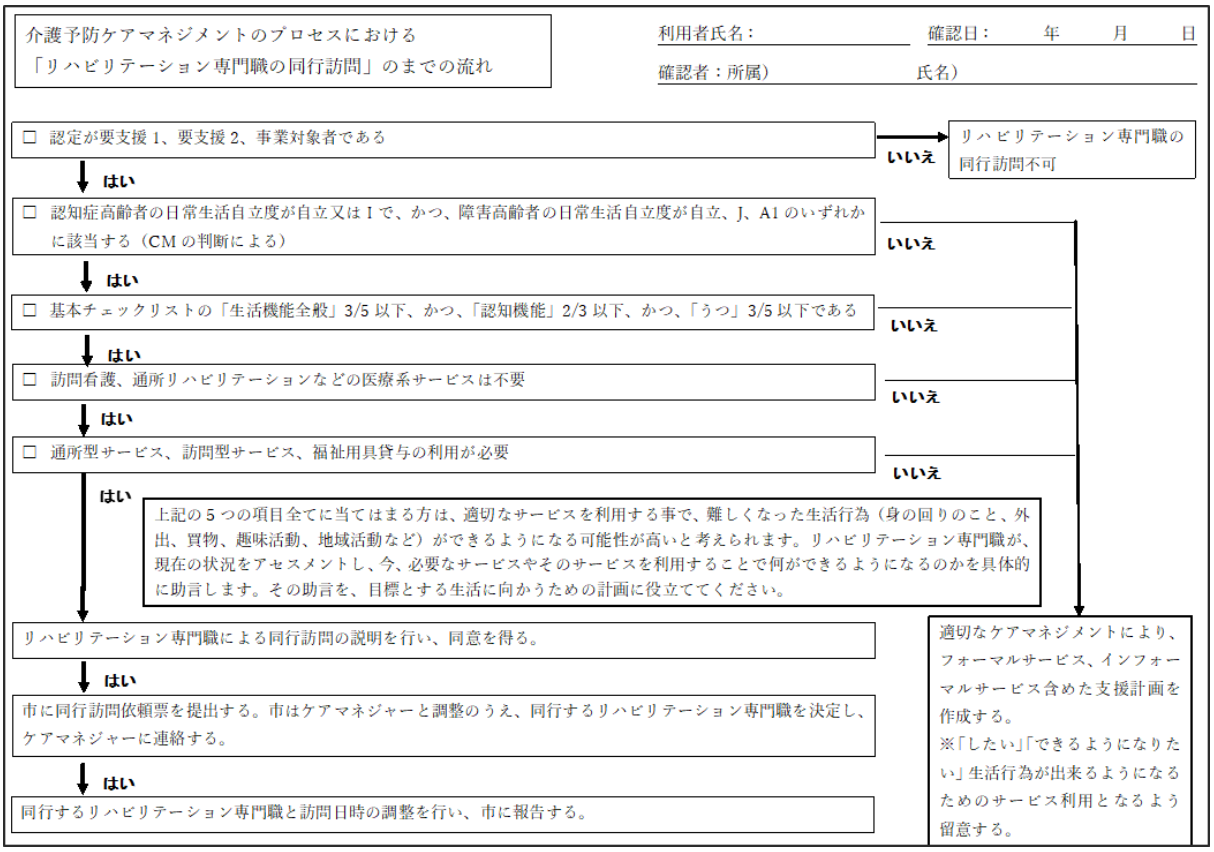
		全体 n＝1230	政令市 n＝16	30万人以上（政令市除く） n＝53	10万人以上30万人未満 n＝163	5万人以上10万人未満 n＝216	3万人以上5万人未満 n＝193	1万人以上3万人未満 n＝317
1	作成している	6.6%	12.5%	13.2%	15.3%	10.6%	7.3%	1.9%
2	作成していない	87.0%	81.3%	79.2%	77.3%	83.8%	89.1%	93.1%
3	無回答	6.4%	6.3%	5.7%	8.0%	5.6%	3.6%	5.0%

取組み事例：兵庫県明石市（人口約 29 万人）

【取組み概要】

- ✓ サービス C（通所型、訪問型を一体的に実施）の対象者像を明確にし、適切な活用を促進するためのフロー（図表 9）を作成。
- ✓ さらに、利用者の自立を阻害している要因の見極めや、予後予測を行うことを主たる目的として、サービス C の利用が望ましいと判断する事例には、リハビリテーション専門職によるアセスメント訪問を実施している。（※参考：P18. アセスメントの質向上）

図表 9 明石市「ケアマネジャーチェックシート」



【独自フローの活用の仕方】

- 介護支援専門員が訪問により、明石市「ケアマネジャーチェックシート」にチェックを行う。
- 記載の5つのチェック項目すべてに当てはまる方は、サービス C の利用が望ましいと判断できるため、本人同意を得たうえでリハビリテーション専門職は介護支援専門員との同行訪問を実施する。リハビリテーション専門職は、アセスメントと予後予測、利用者（やその家族）、介護支援専門員等と自立を阻害している要因を共有し、サービスの利用が有効かどうかを改めて確認するとともに、利用者の生活目標達成に向けた具体的な取組内容の提案、助言を行う。

【取組み開始の目的・検討のプロセス】

- アセスメントの実施後、予防給付や総合事業を提案するにあたり、以前は利用者の自立度と意欲をもとに介護支援専門員がサービスの提案を行っていた。
- しかし、利用者のニーズとは異なる希望に偏ったケアプランになってしまい、自立に向けた最適なケアプランが作成できていないことが課題だったため、サービス C の対象者を客観的に判断し、本人に納得してサービスを利用していただくことを目的に、フローの作成と、リハビリテーション専門職によるアセスメント訪問を計画した。

- フローの様式は、市、地域総合支援センターが連携し検討。介護予防ケアマネジメントの現状と、介護予防ケアマネジメントのあり方に近づけるための解決策ついて時間をかけてディスカッションを行った。（活用開始は 2019 年 10 月～）

【取組みの効果・今後の課題】

- 効果が出るのはこれからであるが、フロー作成により、サービス C の対象者が明確になり、その活用が促進されるとともに、介護予防ケアマネジメントの質の向上につながることを期待している。
- 今後の課題としては、介護支援専門員がフローの意図をより正確に理解し、正しく活用してもらえるよう、さらなる周知が必要である。

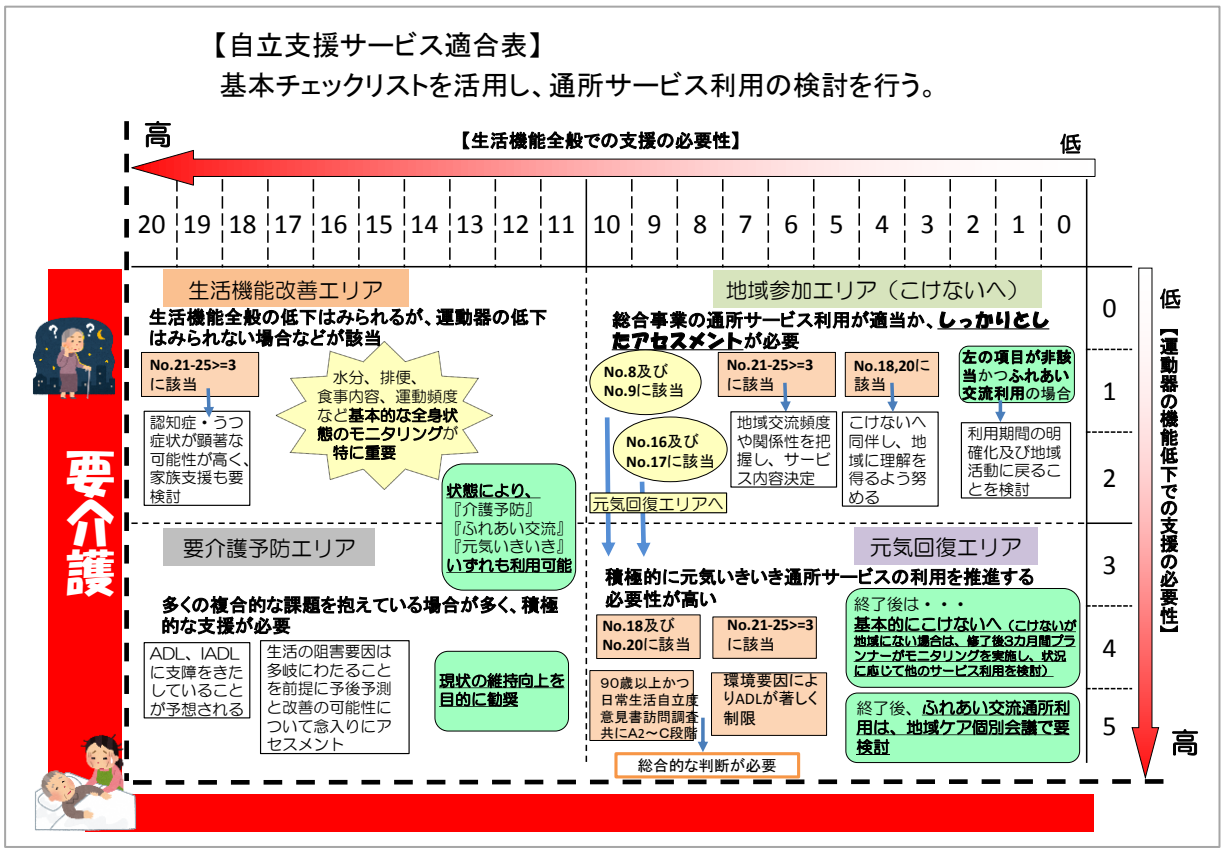
取組み事例：岡山県津山市（人口：10 万人）

【取組み概要】

✓ 通所型サービス C「津山市元気いきいき通所サービス」の整備と、住民主体の通いの場である「こけないからだ講座」の普及に取り組んでおり、対象者を各サービスへ適切に誘導することを目的に、「自立支援サービス適合表」（図表 10）および「要支援認定者および事業対象者の通所サービス利用フローチャート」（図表 11）を作成している。

✓ 特に住民主体の通いの場である「こけないからだ講座」の普及が進んでおり、200 拠点以上が継続して活動を行っていることから、フローの作成を通じてこうした一般介護予防事業（こけないからだ講座）への有効な活用を推進している。

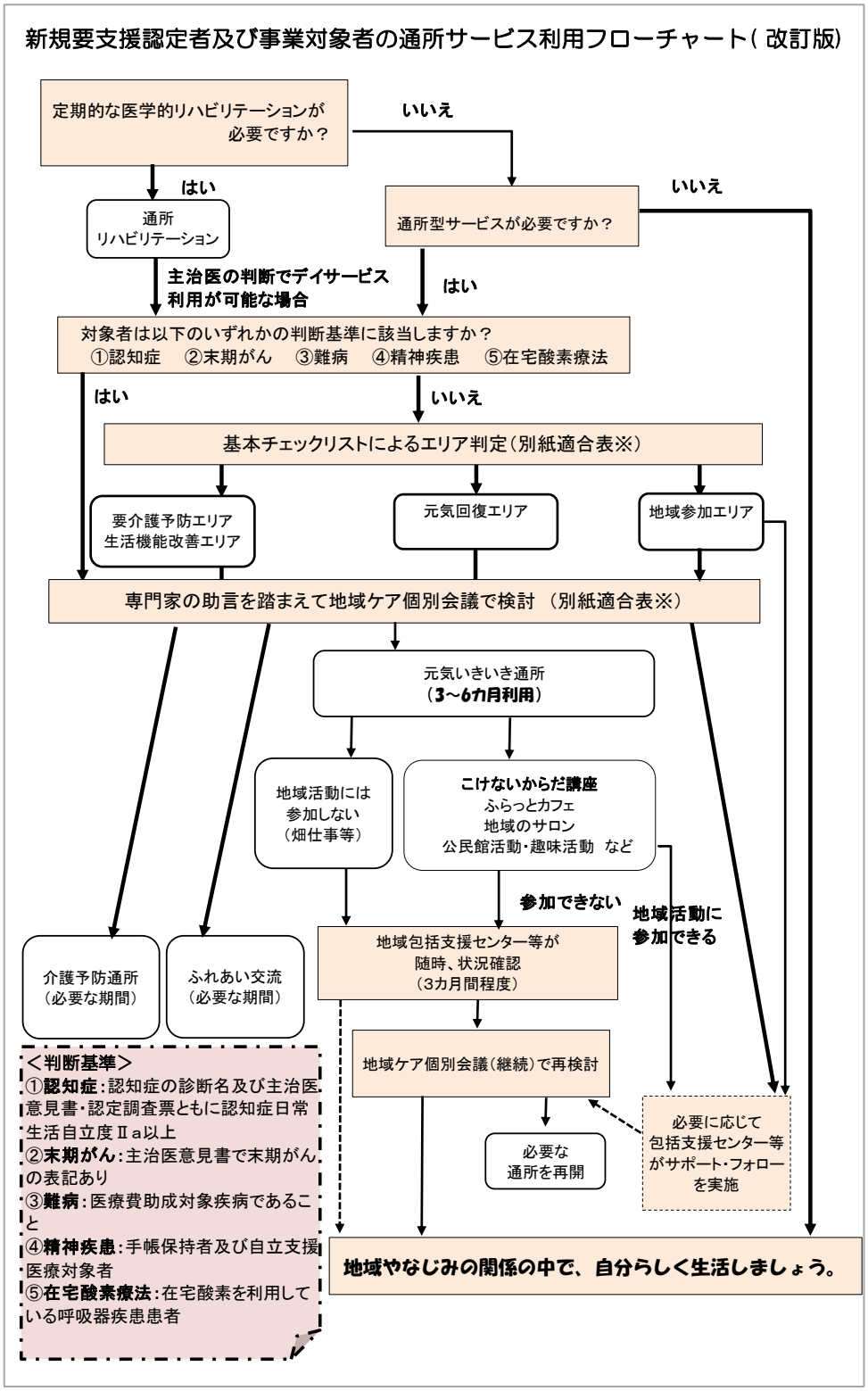
図表 10 津山市「自立支援サービス適合表」



【独自フローの内容・活用の仕方】

- 「自立支援サービス適合表」は基本チェックリストの 25 項目のうち、縦軸に運動機能を、横軸にそれ以外の 20 項目とし、それぞれの高低から対象者を4グループに分類するものである。その後、「要支援認定者および事業対象者の通所サービス利用フローチャート」に従い、該当するサービスを検討する。
  - 生活機能面での支援の必要性が高い「生活機能改善エリア」および「要介護予防エリア」の方には、従前相当サービスを基本に、基準緩和等を組み合わせて提供する。
  - 生活機能面での支援の必要性が低い方の中で、身体機能にも問題がない方は「地域参加エリア」、身体機能の低下が見られる方は「元気回復エリア」に該当する。「地域参加エリア」の方には、基本的に地域の「こけないからだ講座」に参加頂く。「元気回復エリア」は基本的に、通所型サービス（短期集中）の対象者となる。
  - エリア判定だけでサービスが決定するのではなく、地域ケア個別会議での助言等を総合的に判断して決定。

図表 11 津山市「要支援認定者および事業対象者の通所サービス利用フローチャート」



【取組み開始の目的・検討のプロセス】

- 総合事業へ移行後、包括支援センター等とディスカッションを行う中で、総合事業の自立支援に資する適切なサービスの選択・提案について、市として一定の基準を示してほしいという意見があったことをきっかけに検討を開始。
- 市として取り組んでいる通所型サービスＣおよび通いの場を活用し、身体機能に課題のある方に、健康に近づく支援と望む暮らしの実現を目指して適合票およびフローチャートを作成した。
- 上記の内容は毎年庁内で見直しを行っており、複数回改定を行っている。

【取組みの効果・今後の課題】

- どのような状態像の対象者が、どのようなサービス利用がもっとも効果的なのか、関係者と一定の方向性を基に検討できることはメリットである。また市として介護予防の考え方をわかりやすく示すことができる。
- 一方で、適合表やフロー図が実際にどのような効果をあげているのか、一般介護予防へのつながりや主観的健康感の向上など、検証が必要。

（4）各サービスの効果の把握

取組みの意義

実際にサービスを利用するにあたっては、サービス利用の効果や、利用者の状態についてモニタリングし、必要に応じてケアプランの修正を行うなど、具体的なサービス内容の見直し・変更も含めて目標達成に向けた取り組み状況の確認が重要です。

近年は、介護予防のための地域ケア会議を、サービス利用途中や卒業時に実施する自治体も増えてきています。当初のケアプランと、実際にサービスを利用した効果を、介護予防のための地域ケア会議の場で検討することで、サービス内容の見直しの必要性や、サービス卒業後の地域参加（通いの場への定着など）について多職種で議論することができます。

各市町村における取組みの現状

半数以上の市町村が基本チェックリストを活用した再アセスメントを行うことにより、対象者の変化（各サービスの効果）を把握しようとしています。基本チェックリストは、すべての要支援者および事業対象者を対象としてサービス利用前に実施するものであり、比較的取り組みやすいと考えられます。一部の自治体では、基本チェックリストによる再アセスメントに追加して、サービス利用前後の変化を定量的に把握するための独自の計測等を実施しています。

また、約 2 割の市町村で、総合事業のサービス利用による対象者の変化を把握・検討するための取組として介護予防のための地域ケア個別会議が活用されています。

図表 12 総合事業のサービス利用による対象者の変化を把握するにあたって実施していること（n=1230）

		全体 n＝1230	政令市 n＝16	30万人以上（政令市除く） n＝53	10万人以上30万人未満 n＝163	5万人以上10万人未満 n＝216	3万人以上5万人未満 n＝193	1万人以上3万人未満 n＝317
1	国で示す様式（基本チェックリストなど）を用いた再アセスメントを実施している	55.4%	43.8%	58.5%	49.1%	54.6%	60.6%	57.7%
2	市町村独自の様式や計測項目によるチェックを実施している	6.0%	25.0%	17.0%	11.0%	6.9%	4.7%	3.8%
3	地域ケア会議を実施し、サービス利用による対象者の変化について検討している	13.2%	0.0%	18.9%	17.8%	12.0%	13.5%	9.8%
4	利用者に関するアンケート調査を実施している	2.3%	18.8%	5.7%	3.1%	0.9%	2.1%	2.8%
5	サービス利用後の、利用者の経過を追跡している	24.9%	12.5%	18.9%	19.0%	18.5%	22.3%	26.5%
6	その他	4.3%	12.5%	3.8%	3.7%	2.8%	3.6%	6.0%
7	特に取り組んでいない	25.3%	43.8%	24.5%	28.8%	30.6%	22.3%	22.4%

取組み事例：青森県弘前市（人口：17 万人）

【取組み概要】

✓ 通所型サービス C の全委託事業者に依頼し、参加者全員に対して、握力・片足開眼立ち等の基本項目や身長・体重・BIM 等の測定をサービス利用前後で実施。

⇒巻末資料　弘前市「事前・事後アセスメント評価表」

【独自フローの内容・活用の仕方】

✓ 通所型サービス C の利用前に、「事前・事後アセスメント評価表」に目標と握力・片足開眼立ち等の基本項目や身長・体重・BIM 等の測定結果を記入。

✓ 測定項目については、サービス利用後に再計測を行う。

✓ 個々人の改善の様子を客観的な指標で居宅介護支援専門員が把握することができ、継続支援が必要な場合のケアプランの検討等に活用できる。また、利用者本人が改善を実感することで、サービス終了後も維持・改善に取り組むモチベーションにつながる。

【取組み開始の目的・検討のプロセス】

- 委託先の介護事業所やケアプラン担当者が、サービスの効果について定量的に把握することで、目標への到達度や、サービス内容変更の必要性、通所型サービスＣ卒業後の社会参加への在り方等について検討する際の材料とすることを目標として作成。

【取組みの効果・今後の課題】

- 現状は、測定を行っても、個々人の状態の把握に利用するにとどまっているため、今後、市としてより効果的なサービスを提供するための検討材料としてどのように活用できるかを検討していきたい。

（5）関係者のスキル向上

取組みの意義

地域包括支援センターや委託先の居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員は、介護予防ケアマネジメントにおける中心的な存在です。このため、市町村としての自立支援の考え方を地域包括支援センター職員や居宅介護支援専門員と共有し、スキルアップを図ることが重要です。

多くの自治体で研修等が行われているほか、介護予防ケアマネジメントの考え方や手順に関する独自のマニュアルの作成等に取り組んでいる事例があります。

こうしたマニュアルの作成にあたっても、関係者（特に地域包括支援センター等）を巻き込んで進めていくことが重要です。

各市町村における取組みの現状

地域ケア会議やケアプラン点検、市で実施する研修等を通じた人材育成の取組みについては、比較的多くの市町村で実施されています。

また、比較的規模の大きい市町村の中には、介護予防ケアマネジメント手順等について、独自のマニュアルを作成することで、介護予防ケアマネジメントの質の標準化や人材育成に取り組んでいます。

図表 13 介護予防ケアマネジメントにおける、地域包括支援センター職員のスキル向上に関する取組内容（n=1230）

		全体 n＝1230	政令市 n＝16	30万人以上（政令市除く） n＝53	10万人以上30万人未満 n＝163	5万人以上10万人未満 n＝216	3万人以上5万人未満 n＝193	1万人以上3万人未満 n＝317
1	地域包括支援センター職員を対象とした研修を実施している	26.8%	87.5%	66.0%	40.5%	34.3%	30.1%	17.7%
2	地域包括支援センター職員だけでなく、リハビリテーション専門職・栄養士等の専門職を含めた研修を実施している	14.8%	25.0%	11.3%	16.6%	13.9%	18.1%	16.1%
3	地域ケア会議を活用している	57.8%	56.3%	69.8%	62.0%	60.2%	61.7%	56.8%
4	外部のコンサルタントや有識者による研修を実施している	11.0%	12.5%	20.8%	13.5%	9.7%	11.4%	11.0%
5	訪問アセスメントに地域包括支援センター以外の専門職が同行している	6.3%	12.5%	7.5%	12.3%	8.3%	4.1%	4.7%
6	ケアプラン点検を実施している	30.6%	43.8%	35.8%	36.2%	30.1%	32.1%	30.0%
7	介護予防ケアマネジメントの手順等について、市町村独自のマニュアルを作成し、運用している	15.8%	62.5%	56.6%	33.1%	22.2%	12.4%	6.3%
8	その他	10.1%	12.5%	13.2%	6.1%	3.7%	11.9%	13.9%
9	特に取り組んでいない	15.0%	6.3%	1.9%	9.2%	11.6%	12.4%	14.5%

図表 14 介護予防ケアマネジメントにおける、（再）委託先の居宅介護支援事業所の介護支援専門員スキル向上に関する取組み内容（n=1230）

		全体 n＝1230	政令市 n＝16	30万人以上（政令市除く） n＝53	10万人以上30万人未満 n＝163	5万人以上10万人未満 n＝216	3万人以上5万人未満 n＝193	1万人以上3万人未満 n＝317
1	介護支援専門員を対象とした研修を実施している	37.9%	68.8%	49.1%	51.5%	47.7%	41.5%	36.6%
2	介護支援専門員だけでなく、リハビリテーション専門職・栄養士等の専門職を含めた研修を実施している	12.8%	6.3%	5.7%	13.5%	12.0%	16.6%	15.1%
3	地域ケア会議を活用している	44.3%	37.5%	49.1%	45.4%	48.6%	51.8%	44.5%
4	外部のコンサルタントや有識者による研修を実施している	9.6%	12.5%	11.3%	11.7%	10.2%	11.9%	10.1%
5	訪問アセスメントに地域包括支援センターの専門職が同行している	7.8%	12.5%	7.5%	6.7%	9.3%	9.3%	7.3%
6	訪問アセスメントに地域包括支援センター以外の専門職が同行している	3.7%	6.3%	1.9%	8.6%	5.1%	3.6%	2.8%
7	ケアプラン点検を実施している	33.8%	25.0%	32.1%	35.6%	36.1%	36.8%	36.0%
8	介護予防ケアマネジメントの手順等について、市町村独自のマニュアルを作成し、運用している	12.9%	43.8%	49.1%	27.0%	18.5%	9.8%	5.4%
9	その他	8.4%	25.0%	9.4%	11.0%	5.1%	8.8%	10.4%
10	特に取り組んでいない	13.2%	6.3%	5.7%	10.4%	10.2%	13.5%	12.9%
11	居宅介護支援事業所の介護支援専門員に（再）委託はしていない（全ての介護予防ケアマネジメント業務を地域包括支援センターで実施している）	7.5%	0.0%	1.9%	3.1%	2.3%	2.6%	6.3%

取組み事例：千葉県松戸市（人口 48 万人）

【取組み概要】

✓ 「介護予防・日常生活支援総合事業に伴う介護予防ケアマネジメント実務マニュアル」として、相談（インテーク）、アセスメント、ケアプラン作成等の基本的な手順や考え方を提示。

✓ 特に、冒頭にて市としての自立支援のスタンス（（介護保険法の基本理念である「尊厳の保持」や、総合事業の基本的な考え方である「インフォーマルな支援等を含めた地域資源の積極的な活用」等を意識して取り組むことなど）を明確に示すことにより、関係者の意識統一を図っている。

【独自マニュアルの内容・活用の仕方】

- 松戸市の総合事業のサービス体系の概観、基本チェックリストで事業対象者となる要件、松戸市独自のアセスメント様式に関する解説、請求・利用限度額の管理についてなど、居宅介護支援専門員が介護予防ケアマネジメントを行うにあたっての実務的な事項が記されている。
- 特に、松戸市はアセスメントに独自の様式を導入していることから、独自のアセスメントシートに記載する際の視点等について詳細に解説されている。（参考：P. 18 アセスメントの質向上）

【取組み開始の目的・検討のプロセス】

- 総合事業へ移行するにあたり、地域や居宅介護支援専門員ごとに、介護予防ケアマネジメントの考え方や質をそろえ、利用者の機会の公平性を確保することを目的にマニュアル作成を行った。
- 作成にあたっては、地域包括支援センターと共同で内容の検討を行っている。また、定期的に内容の見直しを行っており、令和元年度には第 4 版を作成した。（初版は平成 27 年度に発行。）

【取組みの効果・今後の課題】

- 松戸市としての「自立」は、たとえ身体的にハンディがあったとしても、持っている能力を最大限活用して活き活きと生活することであり、「自立支援」は単に身体機能を回復することではなく、活き活きとした生活そのものを支援することであると考えている。こうした市としての考え方を居宅介護支援専門員等と共有し、意識を統一して取り組んでいくことが重要であり、マニュアルで示すメッセージについても、今後さらにブラッシュアップしていきたいと考えている。

３．総括

本手引きにおいては、効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けたポイントを 5 つに絞り、各市町村での取り組み状況や、取組み事例をご紹介してきました。

前述の通り、総合事業の最大のポイントは、市町村の実情に応じた取組みが可能な点にあります。巻末に、各市町村の独自アセスメント様式、フローチャート等を掲載していますが、P10 で述べているとおり、そのまま他市町村で使用して上手くいくわけではありません。考え方のヒントとして参照していただき、市町村が、それぞれの地域の課題・資源等を踏まえて、地域包括支援センターや地域の専門職を巻き込みながら、最も地域にあったあり方を検討することが重要です。

本手引きの内容が、各市町村における今後の検討の一助となれば幸いです。

参考資料

- 平成 27 年 6 月 5 日老振発0605第1号「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」
- 平成 27 年度　老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な介護予防ケアマネジメントに関する調査研究事業　報告書」
- 平成 27 年度　老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業「地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業　報告書」
- 平成 30 年度　老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業「地域支援事業における介護予防の取組に関する調査研究事業　報告書」
- 「地域でつくる！介護予防ケアマネジメントと通所型サービス Ｃ－生駒市の実践から学ぶ総合事業の組み立て方―」（平成 29 年）　田中明美／北原理宜　社会保険研究所

巻末資料

巻末資料1：平成 30 年度　大和市「介護予防アンケート」

大和市イベントキャラクター　ヤマトン

平成30年度　大和市

介護予防アンケート

記入日	平成　　年　　月　　日
記入者	調査票をご記入された方に○を付けてください。 1．あて名のご本人 2．ご家族（あて名のご本人からみた続柄：　　） 3．その他（　　）

※以下はあて名のご本人の情報をご記入ください。

フリガナ		性　別	1．男性 2．女性
氏　名			
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日		
電話番号	（　　）　　－		

◆調査票に回答できない場合は、あてはまる理由に○をつけてください。

1．病院等に入院中
2．介護・福祉施設等に入所中
3．要介護または要支援認定を受けている
4．その他（　　）

1～4のいずれかに○をつけた方は、ここで回答は終了です。同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、ポストに投函してください。

平成30年7月6日（金）までに

同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、ポストに投函してください。

記入にあたってのお願い

○ご回答は、**あて名のご本人がご記入ください。**

なお、ご家族がご本人の意見を聞いて代わりに回答されたり、ご一緒に回答されても構いません。

○回答は、**黒のペンまたはボールペン**ではっきりとご記入ください。

○当てはまる回答の番号を○で囲み、数字を記入する欄は右に詰めてご記入ください。

記入例

当てはまる番号に○をつける

1.はい　2.いいえ

数字は右に詰めて枠の中に記入する

身長 1 6 5 . 3 cm　体重 6 3 . 5 kg

「複数回答可」の質問は、当てはまる番号全てに○をつける

1.買い物　2.ゴミ出し　3.部屋の掃除　4.布団干し　5.食事の調理
6.食事の後片付け　7.洗濯　8.電球の交換　9.荷物の整理

書き間違えた回答には、はっきりと×印をつける

1.はい　2.いいえ

○回答した調査票は、**三つ折りにして同封の返信用封筒（切手不要）に入れ**、ポストに投函してください。封筒には、**調査票以外のものを同封しないでください。**

○調査票の内容や記入のしかた等についてご不明な点がありましたら、下記の**「介護予防アンケートに関するお問い合わせ」**までご連絡ください。

介護予防アンケートに関するお問い合わせ　（大和市委託機関）

0120-627-251（通話無料）

平日　8：30～17：15（土曜日・日曜日・祝日を除く）

2

1 日常生活について

1	バスや電車で1人で外出していますか	1．はい　2．いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	1．はい　2．いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	1．はい　2．いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	1．はい　2．いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	1．はい　2．いいえ
6	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思いますか	1．はい　2．いいえ
7	就業または何らかの地域活動をしていますか	1．はい　2．いいえ
8	自分で食事の用意ができますか	1．はい　2．いいえ
9	請求書の支払いができますか	1．はい　2．いいえ
10	ご自分で健康だと思いますか	
	1．健康　2．どちらかといえば健康　3．あまり健康でない　4．健康でない	
11	日常生活で困っていることや不安に感じていることはありますか	
	1．はい　2．いいえ	
11a	（「1．はい」と回答した方のみ） それは、具体的にどのようなことですか(複数回答可)	
	1．買い物　2．ゴミ出し　3．部屋の掃除　4．布団干し　5．食事の調理 6．食事の後片付け　7．洗濯　8．電球の交換　9．荷物の整理 10．家具の移動　11．庭や植木の手入れ　12．通院時などの送迎 13．外出時の支援　14．安否の見守り　15．話し相手がいない 16．転びやすい住環境（室内の段差がある、手すりがないなど） 17．その他（　　）	

2 転倒予防について

12	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	1．はい　2．いいえ
13	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	1．はい　2．いいえ
14	15分くらい続けて歩いていますか	1．はい　2．いいえ
15	この1年間に転んだことがありますか	1．はい　2．いいえ
16	転倒に対する不安は大きいですか	1．はい　2．いいえ
17	最近、つまずきやすいですか	1．はい　2．いいえ

3 栄養状態・食生活について

18	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1．はい　2．いいえ
19	身長と体重をご記入ください	身長 □□□.□ cm　体重 □□□.□ kg
20	食料品を買う店は近くにありますか（徒歩、自転車圏内）	1．はい　2．いいえ
21	食料品を買う費用（食費）は十分にありますか	1．はい　2．いいえ
22	1日1回以上、誰かと一緒に食事やお茶をしますか	1．はい　2．いいえ
23	食べる気力や楽しみを感じていますか	1．はい　2．いいえ
24	食事を食べる量が減ってきましたか	1．はい　2．いいえ
25	肉・魚・卵・大豆製品などたんぱく質を多く含む食品を1日に2皿以上食べていますか	1．はい　2．いいえ
26	医師から食事療法をするように指示されていますか	1．はい　2．いいえ
27	食事は1日に何回とりますか	
	1．1回　2．2回　3．3回　4．4回以上	
28	1日に2食以下の日が週に3日以上ありますか	1．はい　2．いいえ

4 口腔ケアについて

29	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　2．いいえ
30	お茶や汁物等でむせることがありますか	1．はい　2．いいえ
31	口の渇きが気になりますか	1．はい　2．いいえ
32	痰のからみがありますか	1．はい　2．いいえ
33	食べこぼしがありますか	1．はい　2．いいえ
34	口臭が気になりますか	1．はい　2．いいえ
35	口腔ケアの補助用具（糸ようじ、歯間ブラシ等）の使い方を知っていますか	1．はい　2．いいえ
36	食事をかんで食べるときの状態はどれに当てはまりますか	
	1．なんでもかんで食べることができる 2．歯や歯ぐき、かみあわせで気になる、かみにくいことがある 3．ほとんどかめない	

5 閉じこもりについて

37	週に１回以上は外出していますか	１．はい	２．いいえ
38	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	１．はい	２．いいえ
39	あなたの世帯構成を教えてください １．一人暮らし　２．夫婦二人世帯　３．子と同居（二世帯住宅を含む）　４．その他		
40	日中は、おおむね一人で過ごしますか	１．はい	２．いいえ
41	親しくおしゃべりしたり、行き来したりする友達は近くにいますか	１．はい	２．いいえ
42	あなたに気を配ったり、思いやったりしてくれる（同居あるいは近くに住んでいる）家族はいますか	１．はい	２．いいえ
43	新たに友人知人をつくりたいと思いますか １．はい　２．いいえ		
43a	（「２．いいえ」と回答した方のみ） それはどのような理由ですか １．必要がない ２．面倒に思う　（新たに出会う方と簡単に打ち解けられない） ３．自信がない　（人見知りする、他者との交流に不安がある） ４．その他（　　）		
44	歩行や外出に不自由を感じていますか １．はい　２．いいえ		
44a	（「１．はい」と回答した方のみ） それは、具体的にどのような理由ですか（複数回答可） １．病気（脳血管疾患、心臓病、糖尿病など） ２．膝や腰などの関節の痛み　３．頻尿・尿失禁　４．耳が遠い（難聴） ５．目が悪い（視力障害）　６．最寄りのバス停や駅までが遠い ７．自宅周辺は坂道や交通量が多い　８．その他（　　）		

45	外出するよう心掛けていますか
	1．はい　2．いいえ
45a	（「2．いいえ」と回答した方のみ） それは、具体的にどのような理由ですか（複数回答可） 1．面倒だから　2．外出する目的がないから 3．友人知人が近くにいないから　4．一人で出かけてもつまらないから 5．人と会うより一人でいるほうが好きだから 6．外出するとお金がかかるから　7．体調や体の状況が芳しくないから 8．自宅周辺に交通手段がないから　9．その他（　　）
46	どのような目的・理由があれば外出しますか、または外出したいと思いますか（複数回答可） 1．日常の買い物　2．友人との飲食　3．ボランティア活動 4．カラオケを楽しむ　5．健康マージャン　6．ラジオ体操に参加 7．名画、音楽鑑賞　8．農作業の手伝い（土いじり） 9．直接声をかけられたら（誘われたら） 10．目的地が自宅から近いなら（交通手段が楽）　11．トイレの不安がなければ 12．その他（　　）
47	どのようなイベントなら参加したいと思いますか（複数回答可） 1．友人と一緒に参加できる会 2．ひとり参加でも他の参加者と交流し共に楽しめる会 3．友人と参加している人たちの輪の中には入りにくいので、参加者全員が、ひとり参加である会 4．ひとり参加でも楽しめる学習会等　5．同性の参加者が多い催し 6．その他（　　）

6　認知機能について

48	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　2．いいえ
49	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	1．はい　2．いいえ
50	今日が何月何日かわからない時がありますか	1．はい　2．いいえ
51	年金などの書類が書けますか	1．はい　2．いいえ
52	新聞や本、雑誌を読んでいますか	1．はい　2．いいえ
53	物忘れが気になりますか	1．はい　2．いいえ

7 心の健康について

54	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1．はい　2．いいえ
55	（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　2．いいえ
56	（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　2．いいえ
57	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1．はい　2．いいえ
58	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1．はい　2．いいえ

8 生活の場について

59	現在、どこで暮らしていますか
	1．自宅　2．親族の家　3．サービス付き高齢者向け住宅 4．有料老人ホーム　5．その他
60	今後、どこで暮らしていきたいですか
	1．自宅　2．親族の家　3．特別養護老人ホーム　4．グループホーム 5．サービス付き高齢者向け住宅　6．有料老人ホーム　7．その他

9 地域包括支援センター（高齢者の総合相談窓口）について

61	自分の住む地域の「地域包括支援センター」（高齢者の相談窓口）を知っていますか
61a	1．はい　2．いいえ

（「2．いいえ」と回答した方のみ）
お元気なときから相談窓口を知っていただくことが重要と考えています。同封のリーフレットをご覧いただき、下記の中から、あなたの地域の「地域包括支援センター」のご確認をお願いいたします。

1．下鶴間つきみ野地域包括支援センター（ロゼホームつきみ野）
2．中央林間地域包括支援センター（プレマ会）
3．南林間地域包括支援センター（サンホーム鶴間）
4．鶴間地域包括支援センター（サンホーム鶴間）
5．深見大和地域包括支援センター（大和YMCA）
6．上草柳・中央地域包括支援センター（晃風園）
7．福田北地域包括支援センター（大和市社協）
8．福田南地域包括支援センター（敬愛の園）
9．桜丘・和田地域包括支援センター（和喜園）

10 社会資源や健康に関しての認知度・関心度について

62	自分の住む地域の民生委員が誰か知っていますか	1．はい　2．いいえ
63	大和市の介護予防体操「やまといきいき健康体操」を知っていますか	1．はい　2．いいえ
64	市内の公園をどのような目的で利用していますか（複数回答可）	
	1．散歩　2．体操　3．グラウンド・ゴルフ　4．健康遊具　5．その他	
65	市が公園に設置している健康遊具を知っていますか	1．はい　2．いいえ
66	健康遊具の効果的な使い方を市の専門職等がアドバイスする体験会を開催しています。この健康遊具体験会に参加してみたいと思いますか	1．はい　2．いいえ
67	介護保険の申請制度を知っていますか	1．はい　2．いいえ
68	市で開催する運動や栄養改善、口腔機能の改善、認知症予防などの講演会や講座に関心がありますか	
	1．とても関心がある　2．関心がある　3．少し関心がある　4．関心がない	
69	介護予防のための通いの場に参加しようと思いますか	
	1．はい　2．いいえ	
69a	（「1．はい」と回答した方のみ） 通いの場に参加する場合、どのような内容であれば参加したいですか （複数回答可）	
	1．運動機能の維持・向上を目的とした講座 2．栄養改善を目的とした講座 3．口腔機能の維持・向上を目的とした講座 4．認知症の予防を目的とした講座	

8

70	日常生活を手助けする次のサービスを利用したことがありますか（複数回答可）

1．弁当の宅配サービス　2．スーパー等の宅配サービス（弁当を除く）
3．ハウスクリーニング業者（お掃除サービス）　4．便利屋（なんでも屋）
5．シルバー人材センター　6．家事代行サービス
7．個別生活支援（地区社協）　8．自治会・老人クラブのボランティア
9．NPO等の有料ヘルパー　10．福祉・介護タクシー
11．ふれあい訪問（地区社協）　12．ひまわりサロン
13．ぷらっと中央林間・高座渋谷　14．ミニサロン（地区社協）
15．茶OH！や自治会・老人クラブ等のサロン　16．特にない

11 ボランティア活動について

71	地域のボランティア活動に関心がありますか

1．ボランティアに参加している　2．関心がある（参加したい）　3．少し関心がある
4．関心がない

71a （「1．ボランティアに参加している」「2．関心がある（参加したい）」「3．少し関心がある」と回答した方のみ）
どのような活動に参加していますか、または参加したいですか（複数回答可）

1．買い物　2．ゴミ出し　3．部屋の掃除　4．布団干し
5．食事の調理　6．食事の後片付け　7．洗濯　8．電球の交換
9．家具の移動　10．庭や植木の手入れ　11．話し相手
12．見守り　13．散歩・外出の同行　14．通院の付き添い・介助
15．車での送迎　16．地域の人たちが集まるサロンの手伝い
17．体操教室などの健康づくり・介護予防活動の講師
18．文化（書道・俳句）、芸術（絵画・美術鑑賞）等の趣味教養分野の講師
19．パソコンを使用した事務作業
20．地域・ボランティアの会計事務の手伝い
21．その他（　　）

72	どのような条件が整えば地域のボランティア活動に参加しやすくなると思いますか（複数回答可） 1．身近な団体や活動内容に関する情報提供がある 2．活動に対する各種助言が得られる 3．活動拠点となる施設や場所が整備されている 4．活動に必要な費用や機材の援助がある 5．知識や技術を身につけるための研修がある　6．職場や家庭の理解・協力が得られる 7．活動する日時や曜日が選べる　8．活動のための仲間やグループづくり 9．わからない

12 医療について

73	かかりつけの病院もしくはクリニックがありますか	1．はい　2．いいえ
74	かかりつけの歯科医院がありますか	1．はい　2．いいえ
75	かかりつけの薬局がありますか	1．はい　2．いいえ
76	病院やクリニックへの通院時に何らかの支援が必要ですか 1．はい　2．いいえ	
76a	（「1．はい」と回答した方のみ） どのような支援が必要ですか（複数回答可） 1．病院やクリニックへの付き添い　2．病院やクリニックへの送り迎え 3．その他（　　）	

13 救急について

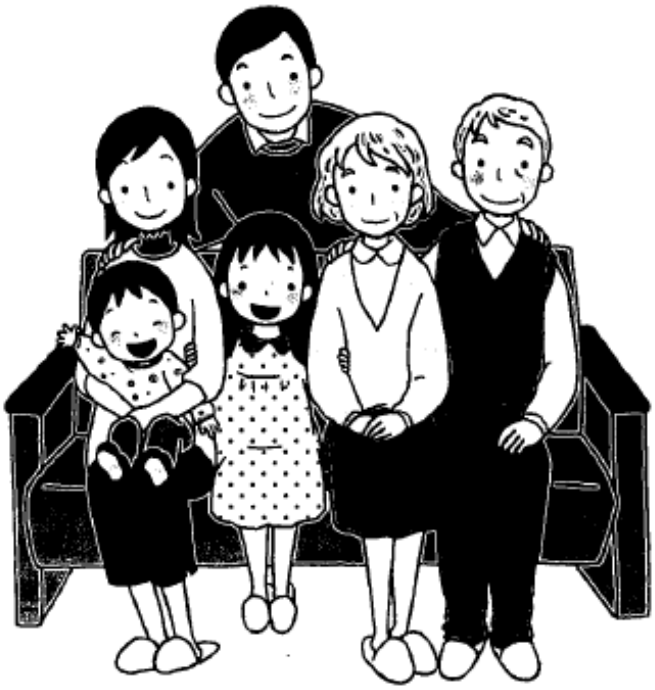
77	救急車を呼んだことがありますか	1．はい　2．いいえ
78	救急車が必要になるような病気やけが等を、ほんの少しの注意や心がけで防ぐ取り組みを「予防救急」といいます。「予防救急」という言葉を聞いたことがありますか	1．はい　2．いいえ
79	事故やけが等を未然に防ぐための心がけや対策等についての予防救急講習があれば受けたいと思いますか	1．はい　2．いいえ

個人情報の取扱いに関する同意

「1．同意します」「2．同意しません」のいずれかに○をご記入ください。

大和市長あて

私は、当調査により収集された個人情報を、日頃の見守り支援等に活用することを目的として、法令により守秘義務を課せられている民生委員児童委員に情報提供されることについて	1．同意します　　2．同意しません



11

緊急連絡先

家族、近親者等で、緊急時に連絡のできるところをご記入ください。
※緊急連絡先は１か所でも構いません。

緊急連絡先①	フリガナ		性　別	1．男性 2．女性
	氏　名			
	フリガナ			
	住所			
	本人との続　柄	1．配偶者　2．子　3．兄弟姉妹　4．孫 5．親　6．甥・姪　7．その他（　　）		
	電話番号①	（　　）　－		
	電話番号②	（　　）　－		

緊急連絡先②	フリガナ		性　別	1．男性 2．女性
	氏　名			
	フリガナ			
	住所			
	本人との続　柄	1．配偶者　2．子　3．兄弟姉妹　4．孫 5．親　6．甥・姪　7．その他（　　）		
	電話番号①	（　　）　－		
	電話番号②	（　　）　－		

回答は以上になります。
長時間にわたるご協力ありがとうございました。

12

巻末資料２:いなべ市　アセスメント（モニタリング）・ケースカンファレンス総合記録票

アセスメント(モニタリング)・ケースカンファレンス総合記録票

対象者氏名		歳	性別	（　）
認定状況	□事業対象者　□申請中	□要支援1	□要支援2	
	認定有効期間:H　年　月　日～H　年　月　日			

サービス利用	平成　年　月から 平成　年　月まで
所　属	
実施者	

サービス利用の主な理由（主訴）	□動作や日常生活に、やりづらさを感じるようになったから いつ頃から　平成　年　月頃 どんなことが □その他 （具体的に　）

		項目	アセスメント(モニタリング) 初回	3ヶ月	6ヶ月	選択肢
		アセスメント(モニタリング)実施日	H　年　月	H　年　月	H　年　月	
健康状態	疾患管理	治療・観察中の疾患				0なし　1あり　※利用者基本情報参照
		通院状況				0定期的な受診が行われている　1定期的な受診が行われていない
		服薬				0内服なし　1内服あり
		服薬の状況				0正しく行われている　1正しく行われていない
		医療処置				0なし　1あり
		行われている処置				1インスリン注射　2在宅酸素療法　3ストマケア(人工肛門)　4.透析　5カテーテル留置 6その他(　)
		特記事項(0無　1有)				初回 3ヶ月 6ヶ月
	口腔と嚥下	歯				0自分の歯があり義歯はない　1義歯 2歯が一本もなく義歯もない　3義歯があるが使っていない
		歯と口腔の状況				0問題が観察されない　1義歯が合わない・義歯による痛みあり 2歯・歯茎の痛み、腫れ、出血あり　3口臭あり 4食べかすが残っている　5舌苔が多い 6その他(　)
		飲み込み				0むせずに飲み込める　1むせがある
		特記事項(0無　1有)				初回 3ヶ月 6ヶ月
	栄養	食欲				0ある　1時々ない　2常にない
		食事回数				0一日3回　1一日2回(朝・昼・夕)　2不規則
		ふだんの食事				0普通食　1やわらか　2ペースト　3きざみ　4その他
		身長(cm)				
		体重(kg)				
		BMI	#DIV/0!			※BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)
		特記事項(0無　1有)				初回 3ヶ月 6ヶ月
	水分	一日の摂取量(cc)				
		特記事項 (0無　1有)				初回 3ヶ月 6ヶ月
	排便	3日以上の便秘				0ない　1ある
		便秘薬の使用				0ない　1時々使用　2毎日使用
		特記事項(0無　1有)				初回 3ヶ月 6ヶ月
	睡眠	眠れなくなることが				0ない　1時々ある　2毎日ある
		眠剤の使用				0ない　1時々使用　2毎日使用
		特記事項(0無　1有)				初回 3ヶ月 6ヶ月

	項目		アセスメント(モニタリング) 初回	3ヶ月	6ヶ月	選択肢
	アセスメント(モニタリング)実施日		H 年 月	H 年 月	H 年 月	
その他	視力					0日常生活に支障なし　1日常生活に支障あり
	聴力					0日常生活に支障なし　1日常生活に支障あり
	コミュニケーション					0日常生活に支障なし　1日常生活に支障あり
	特記事項(0無　1有)					初回
						3ヶ月
						6ヶ月
ADL 起居・移動	1	寝返り				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	2	起き上がり				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	3	座位保持				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	4	椅子からの立ち上がり				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	5	床からの立ち上がり				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい　3行っていない
	6	階段の上がり降り				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい　3行っていない
	7	⑲分又は1㌔の歩行				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい　3行っていない
	8	使用補助具				0なし　1杖　2多点杖　3歩行器　4シルバーカー　5電動四輪車
	特記事項(0無　1有)					初回
						3ヶ月
						6ヶ月
食事	9	食事環境(寝食分離)				0ベットやフトンから離れて食べている　1ベット・フトンの上で食べている
	10	食べこぼさずに食べる				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	特記事項(0無　1有)					初回
						3ヶ月
						6ヶ月
排泄	11	尿もれ				0全く問題ない　1時々ある　2常にある
	12	便意				0全く問題ない　1時々ある　2常にある
	13	トイレの場所の理解				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	14	下衣の上げ下げ				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	15	お尻を拭く				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	16	水を流す				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	17	日中の排泄				0トイレに行く　1ポータブルトイレ　2尿器　3尿漏れ対応パット・パンツ
	18	夜間の排泄				0トイレに行く　1ポータブルトイレ　2尿器　3尿漏れ対応パット・パンツ
	特記事項(0無　1有)					初回
						3ヶ月
						6ヶ月
更衣	19	季節・用途に適した衣服の選択				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	20	上下・前後・表裏の判別				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	21	ファスナー・ボタンの留めはずし				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	22	上衣・下衣の着脱				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	23	靴下の着脱				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	特記事項(0無　1有)					初回
						3ヶ月
						6ヶ月
身だしなみ	24	日中の服装				0服に着替えている　1時々寝間着のまま　2常に寝間着のまま
	25	髭剃り又は髪を整える				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	26	歯磨き				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	27	顔を洗う				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	28	爪を切る				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	特記事項(0無　1有)					初回
						3ヶ月
						6ヶ月
入浴	29	浴槽出入り				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	30	洗身				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	31	洗髪				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい
	特記事項(0無　1有)					初回
						3ヶ月
						6ヶ月
炊事	32	炊飯				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい　3行っていない
	33	簡単な食事の用意				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい　3行っていない
	34	食事・炊飯のあたため				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい　3行っていない
	35	食後の片付け				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい　3行っていない
	36	飲み物の用意				0全く問題ない　1時々難しい　2常に難しい　3行っていない
	特記事項(0無　1有)					初回
						3ヶ月
						6ヶ月

	項目		アセスメント(モニタリング) 初回	3ヶ月	6ヶ月	選択肢
	アセスメント(モニタリング)実施日		H 年 月	H 年 月	H 年 月	
IADL	掃除・整理	37 ごみの分別				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		38 ごみ出し				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		39 掃除機の使用				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		40 整理・整頓				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		特記事項(0無 1有)				初回
						3ヶ月
						6ヶ月
	洗濯	41 洗濯機の操作				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		42 洗濯機を干す				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		43 洗濯物をしまう				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		特記事項(0無 1有)				初回
						3ヶ月
						6ヶ月
	買い物	44 買う物を書き出す				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		45 買い物(宅配含む)				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		46 買ったものを運ぶ				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		特記事項(0無 1有)				初回
						3ヶ月
						6ヶ月
	金銭管理	47 支出入の把握				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		48 お金の出し入れ				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		49 請求書の支払い				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		50 通帳管理				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		特記事項(0無 1有)				初回
						3ヶ月
						6ヶ月
	服薬管理	51 服薬の必要性の認識				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		52 飲むべき時の理解				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		53 飲む種類の判別				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		特記事項(0無 1有)				初回
						3ヶ月
						6ヶ月
	電話	54 電話を受ける				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		55 電話をかける				0全く問題ない 1時々難しい 2常に難しい 3行っていない
		特記事項(0無 1有)				初回
						3ヶ月
						6ヶ月
認知機能に関する項目	56	買ったことを忘れて同じ物をいくつも買う				0全く問題ない 1時々ある 2常にある 3行為が発生しない
	57	物をしまった場所が頻繁にわからなくなる				0全く問題ない 1時々ある 2常にある 3行為が発生しない
	58	通院や通所の日が頻繁にわからなくなる				0全く問題ない 1時々ある 2常にある 3行為が発生しない
	59	外出先から戻れなくなる				0全く問題ない 1時々ある 2常にある 3行為が発生しない
	60	ドラマの筋書きや会話の流れがわからなくなる				0全く問題ない 1時々ある 2常にある 3行為が発生しない
	61	料理の味付けができなくなった				0全く問題ない 1時々ある 2常にある 3行為が発生しない
	62	支払いに紙幣を出すので財布が小銭で一杯になる(例:95円の買物に千円札しか出せない)				0全く問題ない 1時々ある 2常にある 3行為が発生しない
	63	同時に二つの行為ができない(例:鍋を火にかけたまま、料理の下ごしらえをする)				0全く問題ない 1時々ある 2常にある 3行為が発生しない
	特徴的な行動	64 すぐ怒るようになった				0全くない 1時々ある 2常にある
						いつ頃から、誰に(特定の人に対し見られる場合)、どんな時に
		65 お金や物を盗られたと言う				0全くない 1時々ある 2常にある
						いつ頃から、誰に(特定の人に対し見られる場合)、どんな時に
		66 じっとできずウロウロする				0全くない 1時々ある 2常にある
						いつ頃から、どんな時に
		67 物を集める				0全くない 1時々ある 2常にある
						いつ頃から、どんな時に
		68 実在しない物が見えると言う				0全くない 1時々ある 2常にある
						いつ頃から、どんな時に
		その他の行動(0無 1有)				具体的に( )
	特記事項(0無 1有)					初回
						3ヶ月
						6ヶ月

	項目		アセスメント(モニタリング) 初回	3ヶ月	6ヶ月	選択肢	
	アセスメント(モニタリング)実施日		H 年 月	H 年 月	H 年 月		
外出・社会交流・役割	一週間の外出頻度					0毎日　1③回程度　2①回程度　3どこにも外出しない週がある	
		ふだんの外出先(0無 1有)				初回	
						3ヶ月	
						6ヶ月	
	地域の集いや趣味活動の参加					0週1回以上　1月1回程度　2年に数回程度　3通っていない	
		具体的な行き先(0無 1有)				初回	
						3ヶ月	
						6ヶ月	
	日常的につきあいのある人					0いる　1つきあいのある人はいない	
		具体的な相手(0無 1有)				初回	
						3ヶ月	
						6ヶ月	
	家庭内役割					0ある　1家庭内の役割はない	
		具体的な役割(0無 1有)				初回	
						3ヶ月	
						6ヶ月	

その他

本人の思い	
初回	
3ヶ月	
6ヶ月	
家族の思い	
初回	
3ヶ月	
6ヶ月	
担当者の思い、支援の方向性など	
初回	
3ヶ月	
6ヶ月	

『介護予防個別ケア会議』の結果　※日付け(曜日)記載し、A又はBに○印をつけ、会議結果を記載

初回:平成　年　月　日(　)実施『介護予防個別ケア会議　A ・ B 』

二次アセスメントの必要性

□歯・口腔　□嚥下　□栄養　□言語機能　□運動機能　□認知機能　□住環境　□ADL再評価　□IADL再評価

中間:平成　年　月　日(　)実施『介護予防個別ケア会議　A ・ B 』

二次アセスメントの必要性

□歯・口腔　□嚥下　□栄養　□言語機能　□運動機能　□認知機能　□住環境　□ADL再評価　□IADL再評価

6ヵ月後:平成　年　月　日(　)実施『介護予防個別ケア会議　A ・ B 』

二次アセスメントの必要性

□歯・口腔　□嚥下　□栄養　□言語機能　□運動機能　□認知機能　□住環境　□ADL再評価　□IADL再評価

※『介護予防個別ケア会議』　A:多職種による個別ケア会議　B:緩和したメンバーによる個別ケア会議

巻末資料３:弘前市「事前・事後アセスメント評価表」

事前・事後アセスメント評価表

事業所名		評価者	
氏　名		年　齢	才
一ヶ月目 運動の目標 （ 導入・継続 ）		評価	できた・ややできた・できない
二ヶ月目 運動の目標 （ 基本・継続）		評価	できた・ややできた・できない
三ヶ月目 運動の目標 （ 基本・継続）		評価	できた・ややできた・できない

種　目 ／ 実施日	事前アセスメント日　　月　　日			事後アセスメント日　　月　　日		
	1回目	2回目	記録	1回目	2回目	記録
握力 利き手（ 右・左 ）	kg	kg	kg	kg	kg	kg
開眼片足立ち 支持脚（ 右・左 ）	秒	秒	秒	秒	秒	秒
長座体前屈	cm	cm	cm	cm	cm	cm
Timed up & Go	秒	秒	秒	秒	秒	秒
5m最大歩行速度	秒	秒	秒	秒	秒	秒
身長	cm			cm		
体重	kg			kg		
BMI						
体脂肪率（任意）	%			%		
血圧／脈拍	～　mmhg　／分			～　mmhg　／分		
備考						