

介護予防通所サービス提供時の目標設定・実績評価の実施について

1. 概要

(1) 経緯

介護予防通所サービスの実施事業者は、「神戸市介護予防訪問サービス・生活支援訪問サービス・介護予防通所サービス事業所の指定に関する要綱」第78条第13号に基づき、利用者の状態の維持改善に関する目標設定、レポート提出等を行っていただくこととなっています。

(2) 目的

介護予防通所サービスは、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るためのサービスです。介護予防通所サービス事業所において「利用者の心身機能の維持回復や生活機能の維持向上」に意識して取り組んでいただくため、利用者の状態の維持改善に関する目標を設定、サービス提供後に目標が達成されたか、内容が適切であったかを自己分析し、翌年度の取り組み内容を改善することを目的として目標設定・実績評価レポートを実施しています。

評価用チェックリストを活用して、利用者の状態変化や課題を分析し、利用者個々へのサービス提供内容の評価や計画の見直しと同時に、事業所全体で取り組み内容の強みは今後も生かし、不十分であった点は改善するよう、質の向上を目指してください。

評価用チェックリストの実施やレポートの提出に関して目的をご理解いただき、今年度も引き続き、下記のとおりご提出いただきますようお願いいたします。

2. 令和3年度目標設定・実績評価レポートの提出

(1) 対象事業所

介護予防通所サービスの指定を受けている事業所

※上記に該当するが、介護予防通所サービスの利用者がいない事業所については、利用者がいない旨を報告してください。

(2) 提出物（3枚）

① 介護予防通所サービスに関する目標設定・実績評価レポート（別紙1）

② 評価用チェックリスト結果一覧表（別紙2）※小計欄まで(利用者ごとの結果は不要)

※昨年度の目標と実績を比較し、目標の達成状況について、要因分析を行うことを目的としています。実施手順の詳細は、「3. 実施手順」をご参照ください。

③ 介護予防通所サービス事業所アンケート（任意）

(3) 提出期限

令和3年5月31日（月）必着

(4) 提出先（郵送のみの受付）

〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1

神戸市役所1号館4階 **神戸市介護保険課**

※朱書きで「介護予防通所サービスに関するレポート在中」と記入してください。

(5) 入力用のデータ・昨年度集計結果について

神戸市ケアネットにて掲載しています。【参照】4. 通所型サービスについて

<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/business/annaitsuchi/kaigoservice/sougouzygyou/index.html>

3. 実施手順

(1) 介護予防通所サービスを1年間（もしくは1年弱）利用した人について評価用チェックリストを比較し、結果を分類する

- ① 毎年3月末～5月初旬に、評価用チェックリスト（15項目）を実施します。
- ② 評価用チェックリストは、現在介護予防通所サービスを利用している全員（＝要支援者・事業対象者）に対して実施してください。

※利用者本人に聞き取って記入する項目と、本人が直接記入する項目、スタッフが主観で記入する項目に分けています。

本人に聞き取りする以外は対面実施でなくても構いません。

- ③ 1年間のサービスを利用する前後を、事前(1年前)、事後(現在)として比較します。

令和2年度の「事前」の評価について：

令和元年度の「事後」として計上した評価用チェックリスト（令和2年3月末～5月初旬に実施）を指します。令和2年度の途中に新たにサービスを開始した利用者については、サービス開始時に実施した評価用チェックリストを指します。

- ④ 令和2年度の「事後」とした評価は、令和3年度の「事前」の評価になりますので、記録は必ず残してください。

評価用チェックリストは、点数が高い方が状態が悪いことを示しています。

| 見本 | 令和2年度 目標(%) | 「事前・事後」チェック 実施数(人) | 令和2年度 比率(%) | 令和3年度 目標(%) |
|----|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 改善 | 昨年提出したレポート 「今年度目標」欄より 転記する | (A)改善した人数 (点数:事前>事後) | $= (A) \div (D) \times 100$ | これから1年間の サービス目標を 記載する |
| 維持 | | (B)維持した人数 (点数:事前=事後) | $= (B) \div (D) \times 100$ | |
| 悪化 | | (C)悪化した人数 (点数:事前<事後) | $= (C) \div (D) \times 100$ | |
| 計 | 100% | (D): (A)～(C)合計 | 100% | 100% |

サービスを利用するにあたって、改善もしくは維持が目標になり、悪化が目標となることはないため、改善と維持を合わせて100%になるようにしてください。

(2) 年度途中で介護予防通所サービスを終了した・中断している人について集計する

年度途中でサービスを終了した人や中断している人について、報告してください。例えば、令和2年度の「事前」評価用チェックリストは実施したが、長期欠席が続いていて「事後」としての評価用チェックリストが未実施の方等が該当します。

| 年度途中でサービスを終了・中断している人数(人) | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-----|--|
| 自立 | 機能改善等の自立により、 予防通所サービスを卒業した人 | 入院 | 入院によりサービスを休止している人 (要介護になった場合は要介護欄へ) |
| 引越し | サービス提供区から転居した人 (要支援のままの施設入所者を含む) | 怪我 | 怪我によりサービスを休止している人 (要介護になった場合は要介護欄へ) |
| 感染不安 による自粛 | コロナによる影響で、サービスの 利用を休止している人 | 死亡 | お亡くなりになられた人 |
| 要介護に なった | 要支援から要介護に変わった人 (要介護になった施設入所者を含む) | その他 | その他の理由 |
| 計 | | | 終了・中断している人の合計を記載 |

(3) 令和2年度のサービス内容を振り返り、工夫した点・事業者としての強みを考える

| |
|---|
| <p>令和2年度のサービスに対する目標</p> <p>○令和元年度の結果を受けて、令和2年度はどのような目標を設定をし、サービス提供内容をどのように工夫しましたか。</p> <p style="text-align: center;">①</p> |
| <p>令和2年度の目標達成状況に関する要因分析</p> <p>○悪化の要因として考えられることや、維持・改善の要因につながる事業者としての強みを記載してください。</p> <p style="text-align: center;">②</p> |
| <p>○年度途中で通所サービスを終了した人の状況をどのように考えますか。 要介護になって終了した人がいる場合、悪化した要因は何であると考えますか。事業所としてどのような改善策がありますか。</p> <p style="text-align: center;">③</p> |

- ① 昨年設定した目標がどのような内容であったか改めて確認し、その目標を達成するための工夫した点等について記載します。
- ② 評価用チェックリストの数値が改善・維持・悪化した要因について分析し、事業者で提供しているサービスの強みや反省点について記載します。
- ③ 年度途中で通所サービスを終了した人や中断している人についても要因分析をします。また、課題を解決するための改善策を記載します。

(4) 令和3年度の目標設定とコロナ禍におけるサービス提供のあり方について検討する

令和3年度の目標達成に向けて力を入れて取り組むこと

○令和2年度の実績や要因分析を受けて、令和3年度は利用者のどのような姿(変化)を目指し、目標設定をしますか。

令和3年度の目標設定の考え方を記載し、特に力を入れる項目や新たな取り組み、工夫点なども具体的に記載してください。

④

○新型コロナウイルス感染症に対する不安から、高齢者は外出を自粛し、運動機能が低下し、人との関わりも減少しがちです。

通所サービスを自粛する利用者もいる中で、今後事業所としてWITHコロナでどのようにサービスを提供していきますか。□

⑤

- ④ これから1年間提供するサービスの目標について記載します。また、その目標を達成するために、どのような取り組みを行うかについても具体的に記載します。
- ⑤ コロナ禍でのサービス提供にあたり、感染症対策や感染不安により自粛しがちな利用者への対応をどのように行うか、具体的に記載します。

4. 評価用チェックリストの実施後の、年度途中で利用を開始される人について

- ・新規利用者の状態の評価を把握するため、利用を開始したときに評価用チェックリストを実施してください（令和3年度の「事前」としての評価用チェックリストになります）。

5. Q & A

Q 1 評価用チェックリストは、年度当初の利用者に実施するほか、4月以降の新規利用者に対しても、利用を開始時に「事前」としての評価用チェックリストを実施することとなっているが、初回利用時に実施できず、もし遅れてしまった場合、分かって実施したときのデータでよいか。

- A. 4月以降の新規利用者に対して、「事前」としての評価用チェックリストを実施できていないことがわかった時点で、速やかに実施してください。

Q 2 評価用チェックリストには定性的な質問があり、聞く人、聞く時間帯、その日の体調により答えが大きく変わるが、どうするのか？

- A. 定性的な質問のため、答えが変わることは考えられますが、何度も聞いていただく必要はなく、実施時の回答で結構です。

Q 3 令和3年（令和4年）の2月や3月に新規に利用を開始した利用者に対しても、令和2年度（令和3年度）の「事前」としての評価用チェックリストを実施するのか。

A. 利用開始時に当年度の「事前」としての評価用チェックリストを実施しますが、例えば、令和3年の2月や3月の新規利用者のうち、評価用チェックリストの事前・事後の期間が2か月以上経過していない利用者であれば、今回のレポートでは点数を比較する対象から外しても構いません。令和3年度の「事前」としての評価用チェックリストの実施記録は、令和3年度の評価に必要ですので、結果は必ず残してください。

Q 4 年度末在籍者に対する「事後」としての評価用チェックリストは、いつから実施してよいのか。

A. 概ね、3月末から5月の間に実施してください。

Q 5 利用者が入院等で、「事後」としての評価用チェックリストが実施できない場合は、どうすればよいか。

A. 入院などのやむを得ない理由により評価用チェックリストを実施できない場合は、対象者から除外し、「年度途中にサービスを終了・中断している人数」欄に人数を計上してください。なお、サービス再開時に、令和3年度の「事前」としての評価用チェックリストを実施してください。

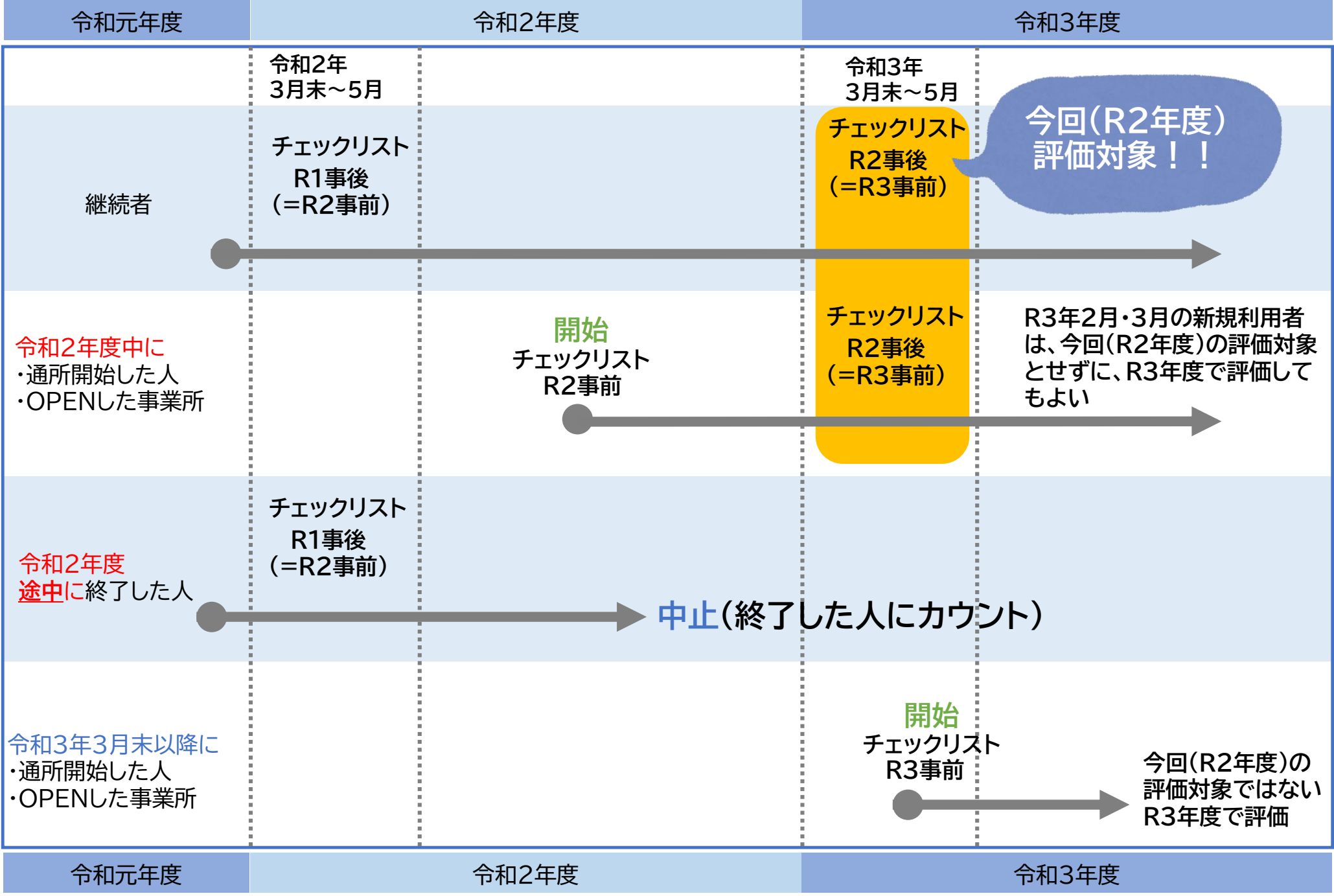
Q 6 目標の達成状況によって、報酬の加算や減算はあるのか。

A. 目標を達成した場合の加算や、達成しなかった場合の減算等のペナルティは、予定していません。ただし、**レポートの提出がない場合にはホームページ上に提出がなかった事業者名を掲載いたします。**

達成状況の結果内容が問題なのではなく、結果の分析と計画立案が重要です。何年も悪化の割合が多い状況や、利用者の状態悪化による通所終了が続いている事業所は、計画段階で前例踏襲の立案ではなく、見直しが必要であると考えます。これらのことから、提出されたレポートについては昨年度の実績評価と、それを踏まえた今年度の目標を設定しているかどうかを確認し、内容によっては訂正および再提出をお願いする場合があります。

Q 7 レポートを提出後、市からの評価があるのか。

A. 提出されたレポートの集計結果を神戸市ケアネットに掲載し、総評を行っていますのでご覧ください。



介護予防通所サービスに関する目標設定・実績評価レポート

令和3年度提出

| | |
|-----------------|-----------------|
| 事業所名 | 事業所番号 28 |
| 作成者氏名 | 連絡先電話番号 (07) - |
| 介護予防通所サービスの実施有無 | 有 ・ 無 |

↳ サービス提供がない場合は、今年度の利用を見込み、【令和3年度目標(%)】を記載し、提出してください。

| | 令和2年度 目標(%) | 「事前・事後」 チェックリスト 実施数(人) | 令和2年度 比率(%) | 令和3年度 目標(%) | 年度途中にサービスを終了・中断している人数(人) | | | |
|----|----------------|------------------------------|----------------|----------------|--------------------------|--|----|--|
| | | | | | 自立 | | 入院 | |
| 改善 | | | | | | | | |
| 維持 | | | | | | | | |
| 悪化 | | | | | | | | |
| 計 | 100% | | 100% | 100% | 計 | | | |

令和2年度のサービスに対する目標

○ 令和元年度の結果を受けて、令和2年度はどのような目標を設定をし、サービス提供内容をどのように工夫しましたか。

令和2年度の目標達成状況に関する要因分析

○ 悪化の要因として考えられることや、維持・改善の要因につながる事業者としての強みを記載してください。

○ 年度途中に通所サービスを終了した人の状況をどのように考えますか。
要介護になって終了した人がいる場合、悪化した要因は何であると考えますか。事業所としてどのような改善策がありますか。

令和3年度の目標達成に向けて力を入れて取り組むこと

○ 令和2年度の実績や要因分析を受けて、令和3年度は利用者のどのような姿(変化)を目指し、目標設定をしますか。
令和3年度の目標設定の考え方を記載し、特に力を入れる項目や新たな取り組み、工夫点なども具体的に記載してください。

○ 新型コロナウイルス感染症に対する不安から、高齢者は外出を自粛し、運動機能が低下し、人との関わりも減少しがちです。
通所サービスを自粛する利用者もいる中で、今後事業所としてWITHコロナでどのようにサービスを提供していきますか。

評価用チェックリスト結果一覧表

別紙2

令和3年度提出

事業所名

| 項目 | 番号 | 確認内容 | 評価尺度 | 小計 | |
|-----------|---------|--|------------|----|----|
| | | | | 事前 | 事後 |
| 生活機能 | 1 | バスや電車で一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 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0:はい 1:いいえ | | |
| | 生活機能 小計 | | | | |
| 運動機能 | 4 | 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 | | |
| | 5 | 椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか | 0:はい 1:いいえ | | |
| | 6 | 15分くらい続けて歩いていますか | 0:はい 1:いいえ | | |
| | 7 | この一年間に転んだことがありますか | 1:はい 0:いいえ | | |
| | 8 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1:はい 0:いいえ | | |
| | 運動機能 小計 | | | | |
| 栄養改善 | 9 | 肥満度(BMI)は、18.5未満ですか ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) | 1:はい 0:いいえ | | |
| 口腔機能 | 10 | 半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか | 1:はい 0:いいえ | | |
| | 11 | 口の渇きが気になりますか | 1:はい 0:いいえ | | |
| 閉じこもり | 12 | 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 | | |
| 認知機能 | 13 | いつも同じ事を聞くなどの物忘れがありますか | 1:はい 0:いいえ | | |
| うつ | 14 | (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 | | |
| | 15 | (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 | | |
| 合計(得点) | | | | | |
| 差分(事前一事後) | | | | | |
| 判定 | | | | | |

神戸市 評価用チェックリスト

別紙3

| | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |

| No. | チェック方法 | 質問項目 | 【いずれかに○をお付けください】 | | 小計 |
|-----|--------|--|------------------|-------|----------------|
| 1 | 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 | No.1~3 /3 |
| 2 | 1 | 日用品の買い物をしていますか | 0:はい | 1:いいえ | |
| 3 | 1 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0:はい | 1:いいえ | |
| 4 | 2 | 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 | No.4~8 /5 |
| 5 | 2 | 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 | |
| 6 | 2 | 15分位続けて歩いていますか | 0:はい | 1:いいえ | |
| 7 | 1 | この1年間に転んだことがありますか | 1:はい | 0:いいえ | |
| 8 | 1 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1:はい | 0:いいえ | |
| 9 | 2 | 肥満度(BMI)は、18.5未満ですか 身長 cm 体重 kg(BMI=) ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) | 1:はい | 0:いいえ | No.9 /1 |
| 10 | 1 | 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 | No.10~11 /2 |
| 11 | 1 | 口の渇きが気になりますか | 1:はい | 0:いいえ | |
| 12 | 1 | 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 | No.12 /1 |
| 13 | 2 | いつも同じ事を聞くなどの物忘れがありますか | 1:はい | 0:いいえ | No.13 /1 |
| 14 | 1 | (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 | No.14~15 /2 |
| 15 | 1 | (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 | |

| | |
|----------------|----------|
| 実施事業所名 | 実施者名: |
| 評価用チェックリスト実施日: | 令和 年 月 日 |

チェック方法

- 1・・・利用者本人がチェック、またはスタッフが本人に聞き取りチェック
- 2・・・スタッフが主観でチェック(No.9は日々の測定結果に基づきチェック)

チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

| 質問項目 | | 質問項目の趣旨 |
|-------------------------------|------------------------------|--|
| 1～3の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。 | | |
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | 家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。 |
| 3 | 家族や友人の相談にのっていますか | 家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。 |
| 4～8の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。 | | |
| 4 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。 |
| 5 | 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 | 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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。 |

| | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--|
| 6 | 15分位続けて歩いていますか | 15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。 |
| 7 | この1年間に転んだことがありますか | この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。 |
| 8 | 転倒に対する不安は大きいですか | 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 |
| 9の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。 | | |
| 9 | 身長、体重 | 身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 |
| 10・11の質問項目は、口腔機能について尋ねています。 | | |
| 10 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。 |
| 11 | 口の渇きが気になりますか | 口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 |
| 12の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。 | | |
| 12 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。 |
| 13の質問項目は認知症について尋ねています。 | | |
| 13 | いつも同じ事を聞くなどの物忘れがありますか | いつも同じことを聞いたり、約束を忘れる場合は「はい」となります。 |
| 14・15の質問項目は、うつについて尋ねています。 | | |
| 14 | (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 | ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。 |
| 15 | (ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる | |