

つくばみらい市介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメント

資料

初 版 平成28年9月1日

第2版 令和 8年4月1日

つくばみらい市保健福祉部介護福祉課

1 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）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）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスを含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、高齢者自身が地域で自立した日常生活を送れるように支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

そのために、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、以下の点に留意しながらケアプランを作成していくこととなります。

- ・単に機能の改善だけを目指すのではなく、利用者の生活の質の向上を目指す。
- ・本人の「したい」「できるようになりたい」生活行為を達成するための支援を行う。
- ・本人による主体的な取り組みを支援するとともに、できる行為は可能な限り本人が行うように配慮する。
- ・本人、サービス提供者等とともに目標を共有する。
- ・予防給付対象のサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、地域住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取り組みを積極的に活用する。

3 介護予防ケアマネジメントの類型

令和8年4月より、これまで実施していたケアマネジメントAに加え、ケアマネジメントCを位置づけます。

（1）ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

主に従前相当サービスやサービス・活動Cの利用期間を介護予防ケアマネジメント計画に定める場合で、介護予防支援に相当するもの。

（ア）アセスメント

利用者本人の望む生活と現状との差について、アセスメント項目に基づく情報の収集から、差が生じている要因や背景を分析し、利用者本人が望む生活を妨げている低下した生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにします。アセスメントは、利用者が入院中であることなどを除き必ず利用者の居宅を訪問し利用者及びその家族に面接して行います。アセスメントにあたっては、「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「利用者基本情報」、「介護予防サービス・支援計画書」等を用いて行います。

(イ) - ①介護予防ケアマネジメント計画原案の作成

計画は、アセスメントの内容等をふまえ、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となるよう、利用者本人・家族等と共有します。また、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠を記載します。

作成に当たっては、リハビリテーション専門職との同行訪問や介護予防地域ケア会議等により多職種からの意見やアドバイスを取り入れるよう工夫するとともに、地域包括支援センター内の3職種がカンファレンスを行い自立支援に資する計画書の作成に努めます。

(イ) - ②サービス担当会議

利用者本人・家族の生活の意向や目標を共有し、支援関係者の役割分担を決めて会議参加者全員が共有できるよう会議を開催します。

(イ) - ③利用者への説明・同意、計画原案の確定・交付及びサービス提供

計画の内容について利用者本人及び家族からの同意を得たうえで、計画に基づき事業やサービスの提供を行います。

(ウ) モニタリング・評価

利用者本人の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握します。①少なくとも3か月に1回、②評価期間が終了する月、③利用者の状況に著しい変化があったとき、は利用者本人の居宅を訪問して行います。

(2) ケアマネジメントC (初回のみの介護予防ケアマネジメント)

アセスメントの結果、初回のみの介護予防ケアマネジメントとして実施し、一般介護予防事業やその他生活支援サービスの利用につなげるために行います。また、サービス・活動C事業等の利用者で、ケアマネジメントAを終了する場合に作成します。

(ア) アセスメント

ケアマネジメントAに規定する内容や「基本チェックリスト」をアセスメントツールとして活用し実施します。

(イ) - ①介護予防ケアマネジメント計画原案の作成

計画原案の作成は不要です。「わたしの介護予防プラン」を用いて、利用者と目標の共有を行います。

(イ) - ②サービス担当会議

利用者や家族等に支援の方針についての同意を得る必要があります。

(イ) - ③事業・サービスの提供

事業やサービス等へのつなぎ、利用支援を行います。

(ウ) モニタリング・評価

利用者の状況の変化等があればいつでも相談できる体制を構築しておきます。

4 介護予防ケアマネジメントの実施主体（実施担当者）

介護予防ケアマネジメントは、市より地域包括支援センターに委託し、地域包括支援センターにおいて実施します。

なお、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することができます（地域包括支援センターと「介護予防ケアマネジメント」の委託契約の締結が必要となります）。

実施にあたっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逡減制には含めていませんので、各事業所における業務量等を考慮して実施してください。

また、委託にあたっては、介護予防ケアマネジメントを適切に実施できる事業所に委託します。

令和8年4月より、新規要支援認定者に対しては、特段の事情がない限り、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施するとともに、指定居宅介護支援事業所に委託する場合であっても、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業の一環として、地域包括支援センターの関与を必須とします。

ケアマネジメントCは、地域包括支援センターのみ実施することができます。

5 介護予防ケアマネジメント業務の流れ

○具体的な実施手順

手順	内容
介護福祉課窓口での対応	介護福祉課窓口で相談を受けた場合の対応 ○ 利用者等の主訴の確認 ・ まず相談の目的や生活上の困りごと等について、その内容を聴き取ります。 ・ 「介護保険相談確認票」（様式 1）を相談者に記入していただきます。 ・ その際、明らかに要介護認定が必要な場合や、「介護保険相談確認票」に「はい」が付く場合は、介護福祉課において介護認定の申請手続きを行います。 ・ 「介護保険相談確認票」すべてに「いいえ」が付く場合、あるいは「お困りごと」2. 3. 4 に○がついている場合は、地域包括支援センターに相談を引き継ぎます。 ・ 介護福祉課において介護認定の申請手続きを行った場合においても、介護についての相談等がある場合や、早急に介護サービスの調整が必要な場合などは地域包括支援センターにつながります。

介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センターで相談を受けた場合 ○ 利用者等の主訴の確認 ・ 利用者や家族から相談を受け付けた場合、まず相談の目的やサービス等の利用希望がある場合は、その内容を聴き取る。 ・ 聴き取った内容を踏まえ、総合事業や一般介護予防事業等について説明を行う。更に、総合事業の趣旨として、①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。 ・ このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定申請等の案内を行う。 ○ 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 ・ 利用者が総合事業のサービス・活動事業を希望する場合、要支援認定の有無、又は要支援認定を受けていない者については、基本チェックリスト（様式2・3）の記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。 ・ 要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、利用者本人の自宅等を訪問してアセスメント等を行うことを説明する。 ○ 介護予防ケアマネジメントの依頼等 ・ 介護予防ケアマネジメント実施のため、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（様式4）及び状況調査連絡票（様式5）を記入してもらう。 ・ また、介護予防ケアマネジメントにおける運営規程等の重要事項や契約書、個人情報の取扱等について説明し、利用者の同意を得る。 ○ その他 ・ サービス・活動事業等利用のための手続は、原則、利用者本人が直接市町村窓口や地域包括支援センターに出向いて行う。ただし、利用者本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。 ・ 基本チェックリストの提出は、指定居宅介護支援事業者等からの代行も可能であるが、その場合の対応は利用者本人が来所できない場合と同様に対応する。 ・ 第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、サービス・活動事業を利用することができる。
--------------	---

(ア) アセスメント（課題分析）

- 利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族と面接による聴き取り等を通じて行う。
 - 利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行う。
 - 利用者本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」（様式6）などを活用することで趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。
 - この段階から、利用者本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。
 - 利用者や家族との面接等によって聴き取った情報については、「利用者基本情報」（様式7）又は「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」（様式9）を適宜活用して必要な情報を記録する事が可能。
 - アセスメントにあたっては、「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「利用者基本情報」、「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録）」（様式8）の「アセスメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄を参考にして実施する。また、居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析標準項目などを参考にして実施する。
 - なお、アセスメントの内容を踏まえ、ケアマネジメントの類型が判断されるため、アセスメントはケアマネジメントA、Cの類型を問わず、実施が必要となる。
 - リハビリテーション専門職等の活用について
 - ・ 自立支援や介護予防の視点からアセスメントの実施にあたって、リハビリテーション専門職等と連携し、同行訪問や助言を求めることも有効である。
- 介護福祉課が実施する「リハビリテーション専門職によるアセスメント同行訪問」を活用するとともに、多職種によるケース検討を行う介護予防地域ケア会議において多角的視点に立ったケアマネジメントを行う。

介護予防ケアマネジメント	(イ) 介護予防ケアマネジメント計画原案作成 共通事項 利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組と支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となる。特に、ケアマネジメントAは、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠となる。 ケアマネジメントA 従前相当サービスやサービス・活動Cの利用期間を介護予防ケアマネジメント計画に定める場合に行う。 ○ 介護予防ケアマネジメント計画に記載すべき事項 介護予防ケアマネジメント計画の作成にあたっては、規則第140条の62の5第3項各号に規定されている事項を記載する必要がある。なお、「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）」（様式8参照）及び「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企29 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）において規定している第6表「サービス利用票」及び第7表「サービス利用票別表」を適宜簡略化したうえで活用することが可能である。 ○ 健康上及び生活上の問題点及び解決すべき課題等の設定にあたって ・ 生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者本人が、自身の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。 ・ また、介護予防ケアマネジメント計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。
--------------	--

○サービス・活動事業等の内容の選択

・ 単にサービス・活動事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支える介護予防ケアマネジメント計画原案を本人と共に作成する。

・ サービス・活動事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。

➤ サービス・活動事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを、組み合わせて利用することができる。

➤例えば、通所型サービスなどの 1 つのサービス・活動事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスと、住民主体の支援によるサービスを組み合わせる等、複数の類型（例：従前相当サービスとサービス・活動B）を合わせて利用することができる。

・ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。

なお、ケアプランの実施期間については、原則1年を超えない範囲で設定します。

○ 利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、介護予防ケアマネジメント計画の原案の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス・活動事業等、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、介護予防ケアマネジメント計画の原案全体を作成する。

（ウ） サービス担当者会議

共通事項

○ サービス担当者会議の目的

① 利用者・家族の生活の意向・目標を共有する

② さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策を検討する

③ 介護予防ケアマネジメント計画に示された取組や関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有する

ケアマネジメントA

○ 介護予防ケアマネジメント計画の作成時（居宅要支援被保険者の場合は、要支援更新認定時も含む）・変更時に開催する。

ケアマネジメントC

○ サービス・活動事業等の実施者との連絡調整や打合せ等をとおして情報共有しておくことが重要である。

（エ） 利用者への説明・同意

(オ) 介護予防ケアマネジメント計画確定・交付

ケアマネジメント A

- サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防ケアマネジメント計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得る。○ 本人の同意を得て、地域包括支援センターより介護予防ケアマネジメント計画を関係者に交付する。(カ) サービス利用開始

(キ) モニタリング（給付管理）

共通事項

○ モニタリングの目的

- ・ 利用者の状態変化や介護予防ケアマネジメント計画等に応じた利用者等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を把握することである。実施しているサービス・活動事業等が適切かどうか、新たな課題等が生じていないかどうか確認するとともに、利用者の取組を支持し、促進する機会として活用することが重要である。

○ 給付管理について

- ・ 居宅要支援被保険者がサービス・活動事業を利用する場合は、予防給付のサービスを利用しつつ、従前相当サービスや指定事業者によるサービス・活動 A を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度基準額の範囲内で、一体的に給付管理する。
- ・ サービス・活動事業のみを利用する場合の給付管理については、従前相当サービスや指定事業者によるサービス・活動 A を利用する場合にのみ行う。その際は、予防給付の要支援 1 の区分支給限度基準額を目安とする。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の生活支援・介護予防サービス等の利用状況も勘案して介護予防ケアマネジメント計画を作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援 1 の区分支給限度基準額を超える（ただし、要支援 2 の区分支給限度基準額の範囲内）ことも可能である。
- ・ 従前相当サービス及び指定事業者によるサービス・活動 A を利用する場合は、給付管理が必要となる。

ケアマネジメント A

- 介護予防支援と同様に、原則は、少なくとも 3 か月に 1 回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。

それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

なお、モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第Ⅰ号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」（様式9）に記載しておくこと。

- ・ 3か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断した場合・モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。
- ・ モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。
- ・ 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセスの簡素化（延長の期間含む）について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。

ただし、以下の場合は除く。

- ・ 初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て3か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合・多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）

ケアマネジメントC

- 利用者の状況変化等があった際に、サービス・活動事業等の実施者から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく。

（ク） 評価

ケアマネジメントA

- 介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービス・活動事業等の実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービス・活動事業等の見直し等今後の方針を決定する。

6 留意事項

- (1) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる必要があります。
- (2) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。この支援の一つとして、リハビリテーション専門職による同行訪問、介護予防地域ケア会議を積極的に活用し、多職種連携による介護予防ケアマネジメントを積極的に進めていきます。
- (3) 介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センター3職種等に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者すべてが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。

- ※ 新規要支援認定者及び事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントの過程において、
- ・ リハビリテーション専門職による同行訪問
 - ・ 介護予防地域ケア会議
 - ・ 地域包括支援センター3職種によるケース検討
- のいずれかを必ず行います。

7 指定介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの実施の際の留意点

指定介護予防支援事業者の指定については、指定居宅介護支援事業所も指定を受けることができる（法第115条の22）が、指定居宅介護支援事業所が実施する指定介護予防支援の利用者が、予防給付の対象となる介護予防サービス等を利用しなくなった場合、当該利用者は介護予防ケアマネジメントの対象となるため、当該利用者が引き続き、当該指定居宅支援事業者による援助が受けられるようにするため、包括的に委託を行います。

8 報酬（単価、加算）、支払

(1) 単価及び加算

ケアマネジメント類型	単 位	初回加算	委託連携加算	単 価
ケアマネジメントA	442 単位／月	300 単位	300 単位	1単位あたり 10,21円
ケアマネジメントC	442 単位／1回のみ	—	—	

＊令和8年6月より介護職員等処遇改善加算が新設されます。

○初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（契約の有無にかかわらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上

経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含みます)

②要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月からサービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算を行うことはできません)

○委託連携加算

包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業者に委託する際、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業者に提供し、介護予防ケアマネジメント計画の作成等に協力した場合委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定することができます。

(2) 給付と総合事業の関係

要介護認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、介護給付によるサービス利用開始以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されます。

事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱います。

表 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

		申請期間中のサービス利用		
		給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
認定結果	非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
	要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 事業分は、事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
	要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業より支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業より支給

(3) 請求及び支払

介護予防支援は指定事業者制度に基づき、国保連を通じて報酬が支払われますが、介護予防ケアマネジメントは、市から直接委託料が支払われます。

※介護予防ケアマネジメント費は市から地域包括支援センターへ費用が支払われます。

委託を受けた指定居宅介護支援事業所は、従来の介護予防支援と同じ方法で地域包括

支援センターへ報告・請求を実施します。なお、請求については介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費を分けて行ってください。

9 その他

この資料の内容は、このマニュアルに定めるもののほか、厚生労働省老健局振興課長通知（平成27年6月5日 一部改正令和7年4月1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」もあわせて確認のうえ、対象者に適切な支援をしていただくようお願いいたします。

また、厚生労働省老健局長通知（平成27年6月5日 一部改正令和7年4月1日老発0605第5号）「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」も理解のうえ、介護予防ケアマネジメントを実施するようお願いいたします。

10 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式

- 様式 1 介護保険相談確認票
- 様式 2 基本チェックリスト
- 様式 3 基本チェックリストについての考え方
- 様式 4 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
- 様式 5 状況調査連絡票
- 様式 6 興味・関心チェックシート
- 様式 7 利用者基本情報
- 様式 8 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）
- 様式 9 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）
経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- 様式10 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）
サービス評価表
- 様式11 わたしの介護予防プラン

サービス・活動事業

①訪問型サービス

サービス名	概要	想定される利用者像	自己負担の目安
従前相当サービス	資格を持つ訪問介護員による身体介護及び家事援助	・訪問介護員による専門的なサービスが必要 ・日常生活に支障があるような症状や行動がある	I 割負担の場合：287 円/回 （事業所により加算あり） ＊食費等は別途自己負担
サービス・活動 A	シルバー人材センター会員による家事援助	上記以外の者	I 割負担の場合：170 円/回
サービス・活動 C	・保健医療専門職による訪問指導 ・3～4 か月間の短期集中サービス	・閉じこもり傾向にある ・低栄養がみられる ・口腔衛生指導が必要	なし

②通所型サービス

サービス名	概要	想定される利用者像	自己負担の目安
従前相当サービス	施設等に通い入浴・排泄・食事等の日常生活上の支援及び機能訓練を行う	・住民主体の地域での活動に移行することを念頭に専門職の指導を受けることで生活機能の改善、維持が見込まれる ・通所介護事業所の従事者による専門的なサービスが必要と認められる場合	I 割負担の場合：436 円/回 （事業所により加算あり）
サービス・活動 C	・生活行為の改善を目的として、保健医療専門職による介護予防プログラム ・日常生活の活動量を増やし、家庭での役割や社会参加につなげる ・約3 か月間の短期集中サービス	・日常生活に支障のある生活行為に対し、改善への意欲がある ・再び自分らしい生活を取り戻したいと考えている	なし

※訪問型サービス・通所型サービスともに「従前相当サービス」を選択する場合には、その状況および判断理由を介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）に明記します。

《参考》

○高齢者の生活を支えるサービス・支援について

高齢者ができる限り住み慣れた地域で、自立した生活を継続するためには、介護保険給付や総合事業等の利用のみにとどまらず、広く生活を支える視点に基づいた支援が必要です。

高齢者の日常生活（買い物・調理・ごみ捨て・移動・掃除洗濯等）における困りごとだけでなく、地域での活動、趣味、役割や本人の希望などを丁寧に聞き取り、日常のどの部分が困難（不安）なのかを把握し、可能な限り住み慣れた地域で日常生活を継続できるようサービスや事業、地域資源等を提案いたします。現にできていることを妨げるようなサービスの提供は行いません。

また、元の生活に戻れる可能性のある方や、自分らしい生活を取り戻したいと考えている方が再び元の生活を取り戻すことを諦めない支援を行えるよう、自立支援及び介護予防の理念に基づき生活支援サービス事業を実施します。

《下記事業・サービスについての参照先》

○リハビリテーション専門職同行訪問事業（別紙１）

○介護予防地域ケア会議（別紙２）

○訪問型サービス・活動Ａ（別紙３）

○訪問型・通所型サービス・活動Ｃ（別紙４）

高齢者の方のご相談、介護保険申請について窓口に来所された皆様へ

お困りごと 確認いたします

様式1



適切なサービスを提供するために

まず 《介護保険相談確認票》をご記入ください。

《介護保険相談確認票》

ご本人のお身体の状態についてお伺いします。当てはまる方に○をお付けください。

本人の状態	回答項目
寝たきりの状態である（食事や排せつ以外ほぼ横になっている）	はい ・ いいえ
認知症の診断を受け内服治療をしている	はい ・ いいえ
歩行や立ち座りに介助が必要なため、1人では外出できない	はい ・ いいえ
大きな病気やケガで入院中または療養中	はい ・ いいえ
1人でトイレでの排せつができない	はい ・ いいえ
1人で食事をとることができない	はい ・ いいえ

次に 《お困りごと》に○をお付けください。

お困りごとは何ですか？当てはまる数字に○をお付けください。

1. 介護保険制度について知りたい
2. 通いの場について知りたい
3. お体や生活全般の相談
4. もの忘れ・認知症
5. 家事（掃除・調理・ゴミ捨て等）
6. 食事
7. 退院するにあたり不安がある（退院は____月____日（決定・頃・未定）です。
病院名_____
8. 入浴
9. 排せつ
10. 外出
11. からだを動かしたい
12. その他（_____）

基本チェックリスト

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年 月日	明治・大正・昭和	
対象者氏名					年 月 日生(歳)	
住所	つくばみらい市			TEL		
希望サービス		代理				
No.	質問項目			いずれかに○を お付けください		網かけ欄の ○の数
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分くらい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	BMIが18.5未満である ※BMI = 体重 Kg ÷ 身長 m ÷ 身長 m			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	
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「いつも同じことを聞く」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	
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	

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施にあたり必要があるときは、上記の内容を、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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。

被保険者氏名

※事務処理欄（受付者氏名：

市・包括）

No.	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	判定
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	NO16 に該当	1点以上	2点以上	☐ サービス・活動事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 要介護(支援)認定申請
該当項目 (○をする)								

基本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、基本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
1～5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	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	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。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	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。
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	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。
8	15分くらい続けて歩いていますか	15分くらい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。
9	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。
10	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。
11・12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。		
11	6か月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で2～3Kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。

12	BMIが18.5未満である	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1か月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	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。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	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。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1か月の状態を平均してください。
17	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。
18～20の質問項目は、認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	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。
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	
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	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
氏 名		個 人 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男 ・ 女
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業者の所在地 地域包括支援センターの所在地		
つくばみらい市地域包括支援センター	つくばみらい市福田 1 9 5 電話番号 0 2 9 7 (5 7) 0 2 0 3		
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地		
	電話番号 ()		
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
つくばみらい市長 様 上記の事業者に介護予防サービス計画作成または介護予防ケアマネジメントを依頼することを 届け出します。 適用日 令和 年 月 日 提出日 令和 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 電話番号 ()			
保険者確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかにつくばみらい市に提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ずつくばみらい市に届け出てください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

状況調査連絡票

様式5

市地域包括支援センターがご連絡をする際の参考資料とさせていただきますので、ご記入をお願いいたします。

＜訪問日程調整の際の連絡先＞

フリガナ 氏 名	続柄：本人・妻・夫・子・嫁・その他()		
連絡先	電話番号：	携帯番号：	
	平日連絡の取れる時間帯：いつでも大丈夫 /	時頃・	時以降

＜訪問場所・日時の希望＞

訪問場所	1. 自宅 2. その他 → 住所： 訪問先名：電話番号：		
日時希望	1. 希望なし 2. 希望あり（希望日時・曜日等）		

※訪問日時については、ご希望に添えない場合もあります。ご了承ください。

＜受診状況＞

かかりつけ医	病院名		医師名	
受診状況	1. 定期受診あり → 下記項目にお答えください 2. 定期受診なし			
病名				
服薬				
特記事項	※気になることや主治医に禁止されている動作等ありましたら、ご記入ください。			

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり必要があるときは、介護保険相談確認票（様式1）状況調査連絡票（様式4）を、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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。

被保険者氏名 _____ 印 _____

興味・関心チェックシート

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男 ・ 女 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないに関わらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×を付けてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯みがきをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯ものたたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子どもの世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動(町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究
一般社団法人 日本作業療法士協会(2014. 3)

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 ()					
ﾌｧﾐﾘ 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		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2			
	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・ 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 ()					
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	統 柄				家族構成	
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 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 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、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

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 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 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・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日		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（民間サービス）	介護保険サービス 又は地域支援事業 （総合事業のサービス）	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
運動・移動について		口有 口無					()					
日常生活(家庭生活)につい て		口有 口無					()					
社会参加、対人関係・コミ ュニケーションについて		口有 口無					()					
健康管理について		口有 口無					()					

健康状態について
口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
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	／5	／2	／3	／2	／3	／5

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。

年 月 日 氏名 印

計画作成者氏名

[illegible]

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属・職種)氏名、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表 評価目

殿

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標体制状況	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・生活支援サービス事業 ☐ <u>一般介護予防事業</u> ☐ 終了

わたしの介護予防プラン

様式11

- 「目標」や「取り組み」について、ケアマネジャーと一緒に考え、できるだけ自分で記入しましょう
- 本人の心身状況等に変化があった場合の連絡先を具体的に記入しましょう

現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	できるようになるとよいこと 目標	そのための取り組み
運動・移動について			
日常・生活について			
社会参加・対人関係について			
健康管理について			

【一緒に考えたケアマネジャー】

氏名	
事業所名	
電話番号	
留意事項等	

地域 セン タ 支 援	意見
	確認印
	電話番号 0297-57-0203

上記計画に同意します
年 月 日

氏名 _____

リハビリテーション専門職アセスメント同行訪問

リハビリテーション専門職の生活評価を含む介護予防ケアマネジメントの実施に向けて

要支援者や事業対象者の「元の生活」を取り戻すため、担当ケアマネジャーとリハビリテーション専門職が同行訪問します。

【訪問目的】

地域包括支援センター職員等が実施する「アセスメント」にリハビリテーション専門職(理学療法士または作業療法士)が同行訪問し、高齢者の心身状態の把握および生活環境の評価を行い、介護予防ケアマネジメントにおける目標設定や適切な介護予防等の導入に向けた支援を実施する。

【対 象】

地域包括支援センター職員等が直接介護予防ケアマネジメント(介護予防サービス計画の策定)を行う新規の事業対象者と要支援者(原則、進行性疾患や病態が安定しない者などは除く)

【訪問回数】

1対象者につき1回

【訪問～支援開始までの基本的フロー】

- ①アセスメント訪問の実施
- ②地域包括支援センター職員等から対象者に訪問の趣旨を説明
- ③「アセスメント同行訪問ケースシート」「興味・関心シート」を市担当者に提出
- ④訪問候補日を調整(介護福祉課)
- ⑤訪問候補日を担当ケアマネジャーから本人・家族に連絡し、訪問日程を決定する
- ⑥訪問実施(リハビリテーション専門職・担当ケアマネジャー・介護福祉課職員)
- 訪問時間:90 分程度
- ⑦リハビリテーション専門職員の生活評価(アセスメント同行訪問報告書の提供)
- ⑧サービス計画(ケアプラン)作成
- ⑨サービス担当者会議実施
- ⑩支援開始

同行訪問実施事例 90 歳 女性 要支援1

自宅前の道路で転倒し、大腿骨を骨折。総合病院にて手術とリハビリ受療。約1か月で退院となる。本人が望む「自宅でお風呂に入りたい」にむけて、入院中リハビリを受けていたが、行動制限と自宅の浴槽が深かったため、退院後自宅での入浴ができていなかった。

本人の身体状況(心身面)と自宅の浴室環境(環境面)をリハビリテーション専門職が担当ケアマネジャーと訪問し、生活環境を評価した。これをもとに、浴室の住宅改修と自宅での入浴に必要な動作、セルフケア獲得を目標に通所型サービスを開始することとなる。

令和8年度

介護予防地域ケア会議

見学・参加
大歓迎!!

この会議は、介護保険の理念に基づき、高齢者の自立支援と生活の質の向上を目指すためのケアマネジメントとそれに基づく介護サービスの提供を行うため、多職種協働により「暮らしを支える」視点での検討を目的とした会議です。

介護や支援が必要になっても「自分らしい」生活ができるよう、参加者がフラットな関係で対話を重ねながら、各専門職の視点からアプローチを行います。

【開催日程】

- ◆ 開催 日：下記のとおり（原則毎月第1木曜日）
- ◆ 開催 時間：午後1時30分～3時30分
- ◆ 開催 場所：つくばみらい市役所伊奈庁舎(3階会議室)
- ◆ 見 学 方 法：開催日時をご確認のうえ、会場へお越しください



【令和8年度 開催日程】

4月16日	5月21日	6月 4日	7月16日	8月 6日	9月 3日
10月 1日	11月 5日	12月 3日	R9 1月21日	R9 2月 4日	R9 3月 4日

【参加者】

- ◆ 介護福祉課職員（司会・書記）
- ◆ アドバイザー：理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、生活支援コーディネーター
地域包括支援センター職員
- ◆ 事例提供者：地域包括支援センター
市内居宅介護支援事業所のケアマネジャー

【対象事例】

- ◆ つくばみらい市内在住の新規事業対象者および要支援認定者のケース（既存ケースもOK）
 - ◆ つくばみらい市内在住の要介護1認定者のうち、状態の回復が見込まれる方のケース
- ※どちらも生活行為に課題を生じる筋骨格系疾患や生活不活発病、フレイル状態の事例を最優先とします。

「多職種の意見を聞いてみたい！」というケースがありましたら、介護福祉課へお申込みください。



「自分らしい」暮らしってなんだろう？
今ある情報を深堀して、本当の「困りごと」の解決策を導き出していきましょう！

【お問い合わせ先】

つくばみらい市役所介護福祉課介護支援係

電話 0297-58-2111

FAX 0297-58-5811



つくばみらい市介護予防・日常生活支援総合事業
(訪問型サービス・活動A事業)

訪問型サービス・活動A事業『生活応援サービス』のご案内

シルバー人材センターの会員が、ご自宅での生活をお手伝いする事業です。
テキパキと時間内にたくさんの仕事を…とはいきませんが、
長年の経験と知恵を活かしながら利用者様を支援していきます。
また、比較的近い年代同士、地域の情報交換やお話をしながら、
利用者様と一緒にいけることも多いかと思います。
積極的なご活用をお願いします。



利用できる方	下記の①と②両方にあてはまる方 ①事業対象者、または要支援1・2の方で、生活支援(身体介護を除く)を必要と、ケアプランに組み込まれている方 ②他の訪問型サービス(第1号訪問事業)を受けていない方													
サービスの 内 容	<table><tr><td>掃除</td><td>居室内やトイレ・卓上等の清掃や整理整頓、ゴミ出し、準備・後片付け</td></tr><tr><td>洗濯</td><td>洗濯機または手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥(物干し)、洗濯物の取り入れと収納、アイロンがけ 等</td></tr><tr><td>ベッドメイク</td><td>ベッド及び布団のシーツ交換、カバーの交換 等</td></tr><tr><td>衣類の整理・被服の補修</td><td>衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等)、被服の補修(ボタン付け、破れの補修等)等</td></tr><tr><td>調理・配下膳</td><td>一般的な調理、配膳、片付け 等</td></tr><tr><td>買い物・薬の受け取り</td><td>日常品等の買い物(内容の確認、品物・釣銭の確認を含む)、薬の受け取り</td></tr></table> ※その他詳細の内容につきましては、介護予防訪問介護相当サービスに準じます。		掃除	居室内やトイレ・卓上等の清掃や整理整頓、ゴミ出し、準備・後片付け	洗濯	洗濯機または手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥(物干し)、洗濯物の取り入れと収納、アイロンがけ 等	ベッドメイク	ベッド及び布団のシーツ交換、カバーの交換 等	衣類の整理・被服の補修	衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等)、被服の補修(ボタン付け、破れの補修等)等	調理・配下膳	一般的な調理、配膳、片付け 等	買い物・薬の受け取り	日常品等の買い物(内容の確認、品物・釣銭の確認を含む)、薬の受け取り
掃除	居室内やトイレ・卓上等の清掃や整理整頓、ゴミ出し、準備・後片付け													
洗濯	洗濯機または手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥(物干し)、洗濯物の取り入れと収納、アイロンがけ 等													
ベッドメイク	ベッド及び布団のシーツ交換、カバーの交換 等													
衣類の整理・被服の補修	衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等)、被服の補修(ボタン付け、破れの補修等)等													
調理・配下膳	一般的な調理、配膳、片付け 等													
買い物・薬の受け取り	日常品等の買い物(内容の確認、品物・釣銭の確認を含む)、薬の受け取り													
提供時間	1回 60分 / 週1回													
利用者負担	170円/回(1割負担) 340円/回(2割負担) 510円/回(3割負担) (令和8年4月より、負担額を改訂しました)													
注意点	○このサービスは訪問型サービス・活動A事業で実施するサービスです。 ○このサービスの給付管理(限度額管理)は不要です。 ○サービス従事者は、主として高齢者です。年齢や体力を考慮したうえで、サービス提供量の検討をお願いいたします。 ○申込は、担当ケアマネジャーよりお願いいたします。													
申込	つくばみらい市シルバー人材センター TEL0297-25-2102													

【お問合せ】つくばみらい市介護福祉課 介護支援係
TEL0297-58-2111(内線4305)

地域包括支援センター・ケアマネジャーのみなさまへ

令和8年度 通所型サービス活動C事業

要支援認定者・事業対象者向け

3ヶ月のプログラム
(無料)

元気アップPLUSプログラム



「もう年だから」「仕方ない」と諦めていませんか？

介護サービスの利用を考え始めたとき、状態の維持・回復が見込まれる状態であれば
「もとの生活に戻す」ための支援を考えてください。

このような方に勧めてほしい！

- 転倒や骨折などで一時的にサービスが必要だが、状態の回復が見込まれる方
- 筋力低下により外出に不安があるが、ご自分での外出や趣味活動へ意欲がある方
- サロンや介護予防事業の利用につなげるため、自信をもってもらいたい
- 体力や筋力を維持し、今行っている生活行為をやり続けてほしい

プログラム開始前

目標設定

実践

プログラム卒業

リハビリ専門職がご自宅を訪問し、居住環境や身体状況、自宅での動作改善に向けアドバイスを行います。



3か月後のありたい姿(目標)を決め、自宅でできる運動など、日々取り組むことを一緒に考えます。



心身の状態に合わせた取り組みを自宅で実践。1週間の振り返りを行い、具体的アドバイスを行います。



心身の状態に合わせた取り組みの継続と、趣味や地域活動などに積極的に取り組み、自分らしい生活を楽しめるよう応援します。



通所コース

＜場 所＞ 保健福祉センター（古川1015-1）
 ＜日 時＞ 毎週月曜日（祝日・年末年始は休み）
 午後1時30分～3時30分
 ＜対象者＞ 事業対象者、要支援1、2認定を受けている市内在住の方
 ＜定 員＞ 8名まで
 ＜期 間＞ 開始月から3か月（初回は毎月初月曜）
 ＜内 容＞ 個別面談・集団体操
 自宅及び周辺環境の確認等
 ＜スタッフ＞リハビリ専門職、市保健師等
 ○必要な方へはご自宅訪問、歯科衛生士や管理栄養士による指導も行います。
 ○会場までの送迎はありません。

訪問コース

＜場 所＞ 利用者の自宅
 ＜日 時＞ 個別に対応いたします
 ＜回 数＞ およそ3か月の間に6回まで
 ＜対象者＞ 事業対象者、要支援1、2認定を受けている市内在住の方
 ＜期 間＞ 開始月から3か月
 ＜内 容＞ 自宅内での生活状況確認
 家屋等の環境調整
 自宅及び周辺環境の確認等
 ＜スタッフ＞リハビリ専門職、市保健師等
 ＊必要な方へは歯科衛生士や管理栄養士による指導も行います。

＊利用を希望される方がありましたら、ケアマネジャーよりご連絡ください＊

＜お申込・お問合せ＞

つくばみらい市役所介護福祉課介護支援係（電話）0297-58-2111

『自分らしい生活』を取り戻しませんか？

元気アップみらい訪問

訪問型サービス・活動C事業

お口の健康や食事・栄養について、お困り事がある方の自宅を専門職が訪問し、口腔機能や栄養状態の改善と生活の質の向上のために支援します。

利用できる方
事業対象者
要支援1・2の方

無料

元気アップPLUSプログラムと
併用可
“より効果的”

こんな方にオススメ！

疲れやすくて何にもやる気が出ない。
昨日も今日も誰とも話してないな。



最近むせこみやすくて食事を楽しめない。
食欲も無いし体重が少し減ってしまったな。



入れ歯が合わなくて柔らかい物しか食べられない。
何でも食べられるようになりたい。



支援の内容



歯科衛生士

【口腔機能改善プログラム】

- ・現在の口腔機能や口腔ケアの状況確認
- ・口腔ケアや口腔体操に関するアドバイス
- ・噛むことから鍛える食材や調理方法の紹介等



管理栄養士

【栄養改善プログラム】

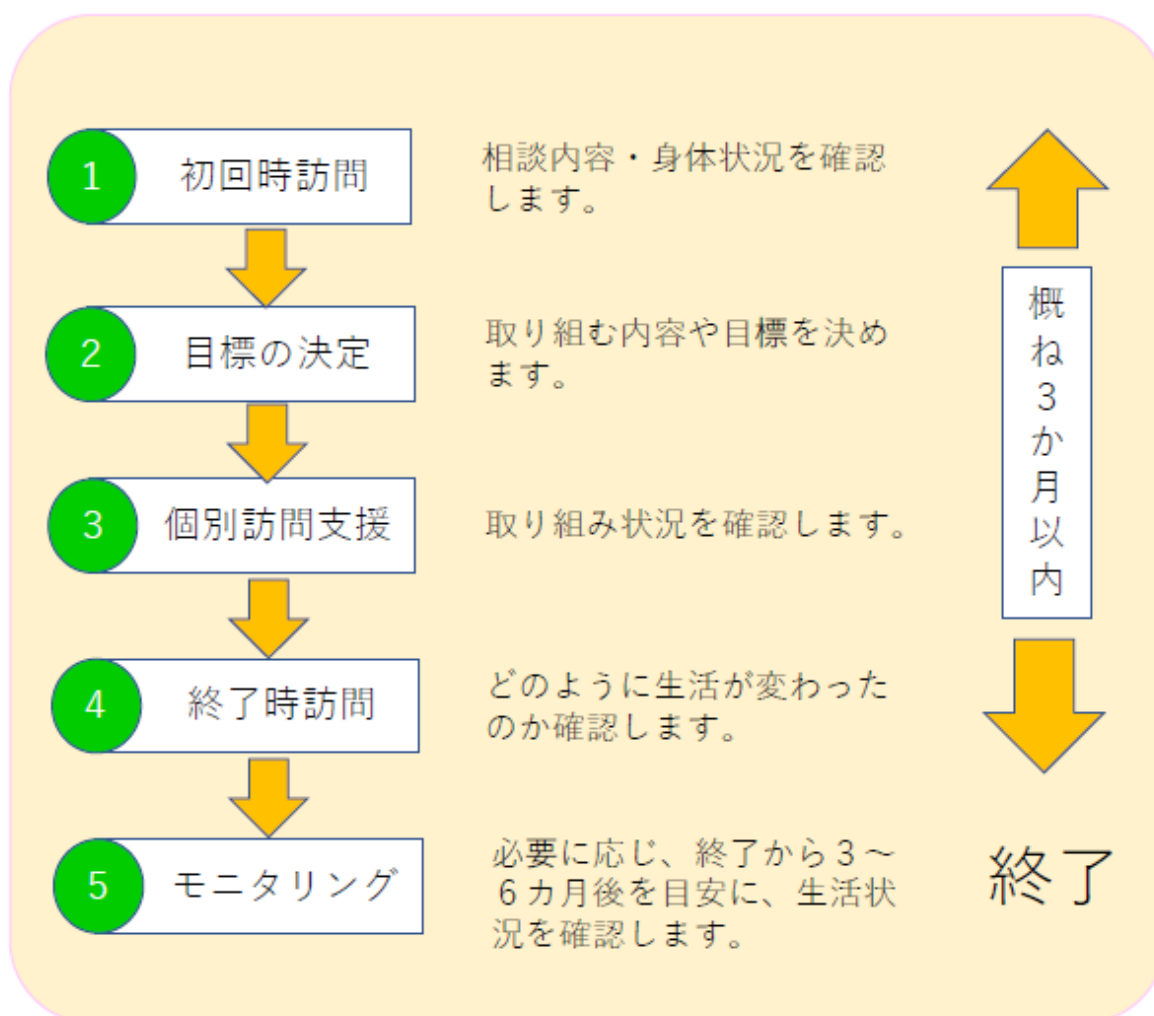
- ・現在の食生活や栄養状態等の状況確認
- ・食生活全般に関する助言
- ・カロリーアップや手軽に栄養が摂れる食品・調理方法の紹介

口腔機能が改善し、食べられる食材が増えると、栄養状態の改善も見込まれます。
その結果、体力・気力や免疫力がアップし、いつまでも自分らしく輝いた暮らしを送ることが期待できます。
健康の好循環を手に入れましょう！



★ 裏面もあります ★

基本的な支援の流れ



※直接、利用者の身体に触れて行う治療などは行わず、面談中心の支援を行います。

※専門職の訪問回数は各コース2回を限度(その他必要に応じて介護福祉課職員が訪問します)。

利用を希望される方がありましたら、ケアマネジャーよりご連絡ください。

お問合せ

つくばみらい市役所 介護福祉課介護支援係
電話 0297-58-2111