

介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスC利用支援マニュアル

令和8年4月改訂
八戸市福祉部高齢福祉課 地域包括支援センター

目次

1	利用までの流れ	・・・ P 1
2	利用開始後	・・・ P 2
3	見学・体験、サービス担当者会議、評価について	・・・ P 3
4	利用料金・各事業所の連絡先等	・・・ P 4
5	利用時の注意事項	・・・ P 5
6	関連様式	・・・ P 6

1 利用までの流れ

(1) 面談と説明

担当プランナーは、利用希望者宅を訪問し面談を行う。チラシを活用し、事業利用にあたっての確認事項を説明する。

(2) 対象者確認

- ・基本チェックリストにより、事業対象者であることを確認する。
- ・既に要支援認定を受けている場合は被保険者証で確認する。

(3) 介護予防ケアマネジメント契約

契約と併せて本人から「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届出書」に記入してもらう。

(4) アセスメントの実施、プラン原案作成

事業対象者の場合は、問診を実施し、必要に応じてかかりつけ医へサービス利用の適否を確認する。

(5) 見学または体験利用（必要に応じて）

利用希望する事業所に利用開始日を確認する。

(6) 高齢福祉課へ書類を提出（提出期限：毎月 20 日）

- ・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届出書
（既に届出済の場合は不要）
- ・八戸市運動・認知複合型プログラム事業利用申込書兼誓約書
- ・基本チェックリスト（事業対象者のみ）
- ・介護保険被保険者証（所持している場合）※

※既に介護保険被保険者証が発行され、高齢者支援センター名が記載されている場合は、介護保険被保険者証の写しを提出すること。

高齢福祉課が介護保険被保険者証を新たに作成した場合は、各センターのメールボックスに配付されるため、担当プランナーは本人へ交付すること。

(7) 事業所へ実施依頼

高齢福祉課担当者が事業所へサービス実施依頼をする。

(8) サービス担当者会議の開催・利用開始

担当プランナーはサービス担当者会議を開催、事業所はサービス開始前の体力測定を実施しサービス計画書を作成の上、利用開始する。

2 利用開始後

(1) モニタリング

担当プランナーは月に1回、電話等でモニタリングを行う。

(2) 評価（3か月後・6か月後）

- ・事業所は担当プランナーへ評価表を提出する。
- ・担当プランナーは3か月終了時点で、継続利用の可否をアセスメントすること。
継続の場合はサービス担当者会議を開催し、追加利用分のプランを作成する。
- ・サービス終了後、担当プランナーは利用者に対し地域の通いの場等の情報提供を行い、社会参加につなげること。

3 見学・体験、サービス担当者会議、評価について

(1) 見学・体験

随時対応可能とする。

(2) 担当者会議

見学（体験）時または初回利用日等に併せて開催する。

(3) サービス提供計画書

利用する事業所が作成し、利用者とプランナーに提示する。

(4) 評価指標（初回利用及び終了時に利用事業所で下記項目を確認）

- ・握力
- ・開眼片足立ち
- ・5m 通常歩行速度
- ・5m 最大歩行速度
- ・Timed up & go test
- ・その他 各事業所で設定

(5) 3か月評価、担当者会議（延長の場合）

- ・3か月目に事業所からプランナーへ評価を提出し、終了。
- ・延長の場合は、サービス担当者会議を実施。

(6) 6か月評価（延長の場合）

評価表を事業所からプランナーに提出する。

4 サービス利用時間・費用と事業所について

(1) サービス利用時間・費用

提供時間：週1回（60分程度）

利用期間：3か月（3か月終了時評価により、3か月の延長可）

利用者負担金：月額1,670円（令和8年4月現在）

(2) 事業所

① 特定非営利活動法人フォルツア

実施場所：健康スタジオ フォルツア（極楽湯八戸店隣）

電話番号：0178-24-1152

実施曜日・時間：火・木曜日 9:30～、14:00～

土曜日 9:30～、11:00～、14:00～、15:15～

送迎：あり

自費利用：・3,000円/月（月4回・送迎なし）

・6,000円/月（月4回・送迎あり）

② 株式会社ロッシュ

実施場所：ホップステップサンテ（ショッピングセンターラピア1階）

電話番号：0178-38-8125

実施曜日・時間：水曜日 13:30～

送迎：なし

自費利用：・3,000円/月（週1回60分・送迎なし）

・5,600円/月（週1回120分・送迎なし）

5 通所型サービスC利用時の注意事項

(1) サービス利用中の要介護認定申請について

明らかに要介護認定が見込まれる場合は、サービスを終了のうえ申請すること。

(2) 利用者の都合による利用期間内の休止・終了について

- ・短期集中型サービスであるため、1か月を超える休止が見込まれる場合は利用終了とする。
- ・休止または終了する場合は、理由を確認し、速やかに高齢福祉課担当者まで連絡すること。

(3) 生活保護受給中の利用者について

- ・生活保護受給中の利用者負担金は、生活福祉課より支払われる（介護扶助）。
- ・利用（予定）者が生活保護を受給している場合、担当プランナーは生活福祉課の担当ケースワーカーへ、①利用開始日、②利用事業所を連絡すること。

(4) サービスの再利用について

以下のいずれも満たしている場合に申込可能とする。

- ・利用開始月から2年以上経過していること。
- ・ケガや疾病等による運動機能や認知機能の低下がみられること。

(5) 介護予防ケアマネジメント費について

- ・通所型サービスC利用におけるケアマネジメント類型はケアマネジメントAとし、要件を満たす場合は初回加算および委託連携加算の対象となる。
- ・高齢者支援センターは国保連へケアマネジメント費を請求する。（請求データは地域包括支援センターシステム「ほのぼの」で作成）
- ・プラン委託の場合は予防マネジメント委託料を委託先へ支払うこと。

(6) サービス提供に係る利用者負担について

月途中から利用する場合も、利用料は月額料金となる。

(7) 適否判断について（事業対象者の場合）

- ・事業対象者が利用する場合は問診を実施し、かかりつけ医への確認の必要性を判断すること。
- ・かかりつけ医への確認が必要と判断した場合は、受診への同席またはケアプラン確認票等により、利用の適否について確認すること。
- ・聞き取りにより確認した場合は、支援経過等に確認内容を記載すること。

6 通所型サービスC 関連様式一覧

- 八戸市運動・認知複合型プログラム事業利用申込書兼誓約書
- 八戸市運動・認知複合型プログラム事業利用申込書兼誓約書（記載例）
- 基本チェックリスト
- 基本チェックリスト（記載例）
- 問診票【プログラム参加に係るチェックシート】
- 問診票【プログラム参加に係るチェックシート】（記載例）

※その他介護予防ケアプラン関連文書は市のホームページでご確認ください。

介護予防・日常生活支援総合事業

3. 様式等

-  [基本チェックリスト（記入用）](#) (PDFファイル: 151.2KB)
-  [介護予防プラン関連様式R070428](#) (Excelファイル: 184.4KB)
-  [利用申請書（通所/訪問介護相当サービス、通所型サービスA用）](#) (Wordファイル: 23.8KB)
-  [利用申請書（訪問サービスA・うみねこヘルパー）](#) (Wordファイル: 14.6KB)
-  [利用申請書（通所型サービスC・8活教室）](#) (Wordファイル: 18.2KB)
-  [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](#)

https://www.city.hachinohe.aomori.jp/soshikikarasagasu/koreifukushika/fukushi_kaigo/1/3933.html

在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携に関する各種様式

在宅医療・介護関係者間の連携に活用する様式（フォーマット）です。

ケアプラン作成連絡票

-  [ケアプラン作成連絡票 令和1年5月](#) (Wordファイル: 18.1KB)
-  [ケアプラン作成連絡票（記入例）平成31年4月](#) (PDFファイル: 159.9KB)

この様式は、居宅介護支援事業所などのケアマネジャーが、ケアプランを作成する際に、主治医の助言を得るために使用するものです。利用にあたっては、事前に医療機関の受付担当者等へご相談ください。

https://www.city.hachinohe.aomori.jp/soshikikarasagasu/koreifukushika/fukushi_kaigo/1/3944.html

令和 年 月 日

（あて先）八戸市長

（申請者・利用者）

住 所 八戸市

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日

電話番号

八戸市運動・認知複合型プログラム事業利用申込書兼誓約書

八戸市が実施する八戸市運動・認知複合型プログラム事業の利用を、下記のとおり申し込みます。

1. 利用事業者	<input type="checkbox"/> 特定非営利活動法人フォルツァ <input type="checkbox"/> 株式会社ロッシュ
2. 利用開始日	令和 年 月 日
3. 備考	再利用： <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり（前回利用：令和 年 月～） ※再利用「あり」の場合は、該当する項目にチェックをつける。 <input type="checkbox"/> 疾病・怪我などにより、運動機能が低下した <input type="checkbox"/> もの忘れが増えるなど、認知機能の低下がみられる <input type="checkbox"/> その他（ ） 生活保護受給： <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり

なお、申請にあたっては、次の事項について誓約します。

1. 私は、各事業の実施要綱に定める遵守事項を理解し、これに従い、自らの意志で事業を利用することとします。
2. この事業で得られた個人に関する情報を統計処理することに同意します。
3. この事業で得られた個人に関する情報を、介護予防ケアマネジメントの実施等に活用する観点から、関係機関へ提供することを了承します。
4. 通所型サービスの実施施設における利用に関する規程を遵守します。

※高齢者支援センター記載

担当センター名：

（委託先居宅介護支援事業所）：

担当者名：

令和 8年 4月 3日

（あて先）八戸市長

（申請者・利用者）

住 所 八戸市 内丸一丁目1-1

氏 名 八戸 太郎 ← 本人の署名

生年月日 昭和23年 4月11日

電話番号 0178-12-3456

八戸市運動・認知複合型プログラム事業利用申込書兼誓約書

八戸市が実施する八戸市運動・認知複合型プログラム事業の利用を、下記のとおり申し込みます。

1. 利用事業者	<input type="checkbox"/> 特定非営利活動法人フォルツァ <input type="checkbox"/> 株式会社ロッシュ	いずれかに チェック☑
2. 利用開始日	令和 8年 5月 7日	事業所に確認した 利用開始日
3. 備考	再利用： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（前回利用：令和 年 月～） ※再利用「あり」の場合は、該当する項目にチェックをつける。 <input type="checkbox"/> 疾病・怪我などにより、運動機能が低下した <input type="checkbox"/> もの忘れが増えるなど、認知機能の低下がみられる <input type="checkbox"/> その他（ ） 生活保護受給： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	

なお、申請にあたっては、次の事項について誓約します。

1. 私は、各事業の実施要綱に定める遵守事項を理解し、これに従い、自らの意志で事業を利用することとします。
2. この事業で得られた個人に関する情報を統計処理することに同意します。
3. この事業で得られた個人に関する情報を、介護予防ケアマネジメントの実施等に活用する観点から、関係機関へ提供することを了承します。
4. 通所型サービスの実施施設における利用に関する規程を遵守します。

※高齢者支援センター記載

担当センター名：○○地区高齢者支援センター○○

（委託先居宅介護支援事業所）：居宅介護支援事業所□□□

担当者名：居宅 花子

担当者名はセンターの職員、
委託の場合は居宅のケアマネ

基本チェックリスト

被保険者番号：()

記入日：令和 年 月 日

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	はい	いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	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	はい	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	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されますか	はい	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	はい	いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	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	はい	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	はい	いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ

現在の健康状態はいかがですか。 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

(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。

八戸市長

現在の心身の状態等について、上記のとおり回答します。

また、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、この基本チェックリストを地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 本人署名 _____

市処理欄

No.1～20	No.6～10	No.11～12	No.13～15	No.16～17	No.18～20	No.21～25
20	5	2	3	1	3	5

入力

基本チェックリスト

被保険者番号：(0123456789)

チェックリストを実施した日を記入。

記入日：令和 8 年 4 月 1 日

No.		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	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
2	日用品の買い物をしていますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
4	友人の家を訪ねていますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
7	イス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	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
8	15分位続けて歩いていますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
9	この1年間に転んだことがありますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
12	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg (BMI = <input type="text"/>) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べられなくなりましたか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
14	お茶や汁物等でむせること	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
15	口の渇きが気になりますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
16	週に1回以上は外出していますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
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されますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
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	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
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	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今では難しくなりましたか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えなくなりましたか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>

被保険者番号10桁を記入。
上5～3桁に「0」が連続する場合は、省略可。

原則本人が記入。
ケアマネジャーが代筆する場合には、
質問事項の表現を変えずに説明し、
本人の回答を記入。

身長は過去のものでも可。
体重は1か月以内の数値を記入。

本人が5つの選択肢の中から、
1つを選んで記入。

現在の健康状態はいかがですか。 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

(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。

八戸市長
現在の心身の状態等について、上記のとおり記入し、
また、介護予防ケアマネジメントの実施、本チェックリストを
地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、施設、主治医その他必
要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 8 年 4 月 1 日 本人署名 八戸 花子

原則本人が記入。
本人が記入できない場合には、
親族等に記入いただく。

市処理欄

市処理欄につき、記入しないでください。

No.1～20	No.6～10	No.11～12	No.13～15	No.16～17	No.18～20	No.21～25	入力
20	5	2	3	1	3	5	

