

令和8年度第1回包括的支援事業研修会
(総合事業・介護予防ケアマネジメント説明会)

日 時 令和8年5月21日(木) 15:30~17:00

開催方法 Zoomによるオンライン開催

I D : 885 3623 7445 パスコード : 400584

次 第

1 開会

2 課長あいさつ

3 説明

(1) 総合事業における多様なサービスについて

(2) 介護予防ケアマネジメントガイドラインの改訂について

4 閉会

このページはブランク（空白）です。

総合事業における多様なサービスについて

1

■ 総合事業（サービス・活動事業※）のねらいと特徴

介護予防・日常生活支援総合事業（サービス・活動事業）は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施するもの。

※令和5年度まで、国の要綱において「介護予防・生活支援サービス事業」と規定されていたが、サービスを利用するだけでなく高齢者自身が適切に活動を選択して参加するという視点が重要であることから、令和6年の改正において、新たに「サービス・活動事業」と規定した。

目的

地域での自立支援と
介護予防

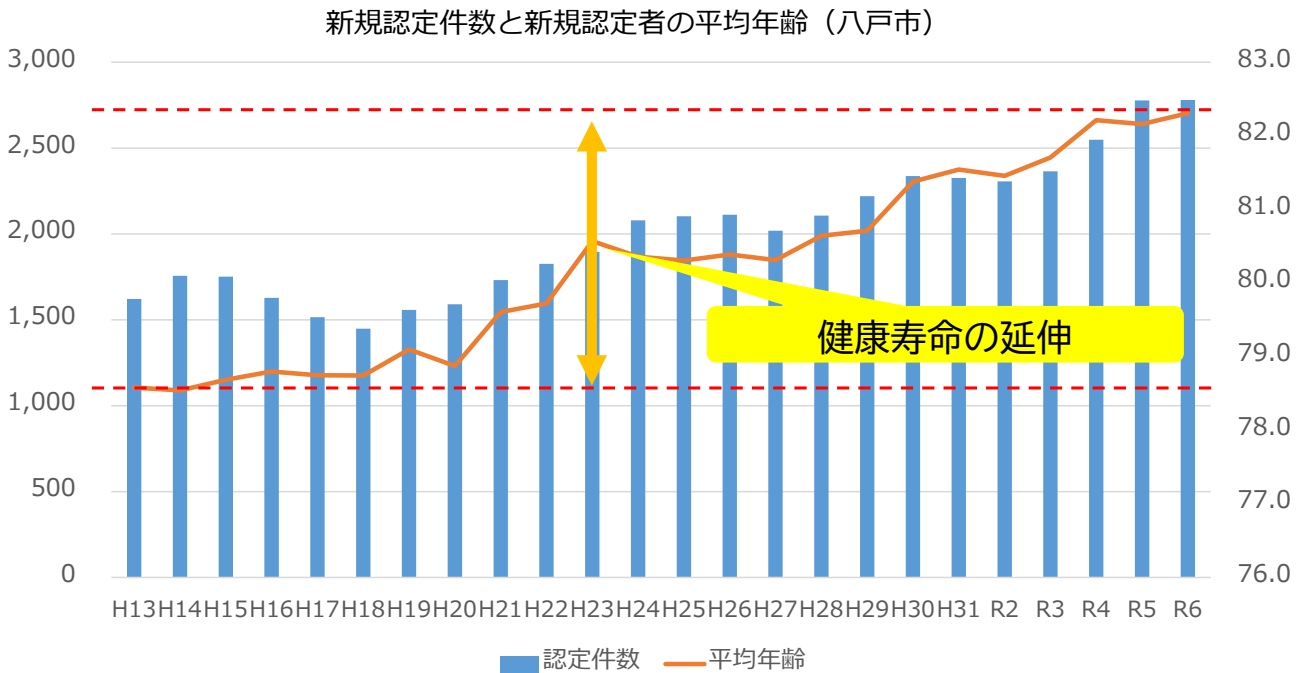
対象者

- 要支援1・2の方
- 事業対象者
- 継続利用要介護者

特徴

- 市町村主体で柔軟に実施
- 多様な主体の参加

初回介護認定時の平均年齢は上昇傾向

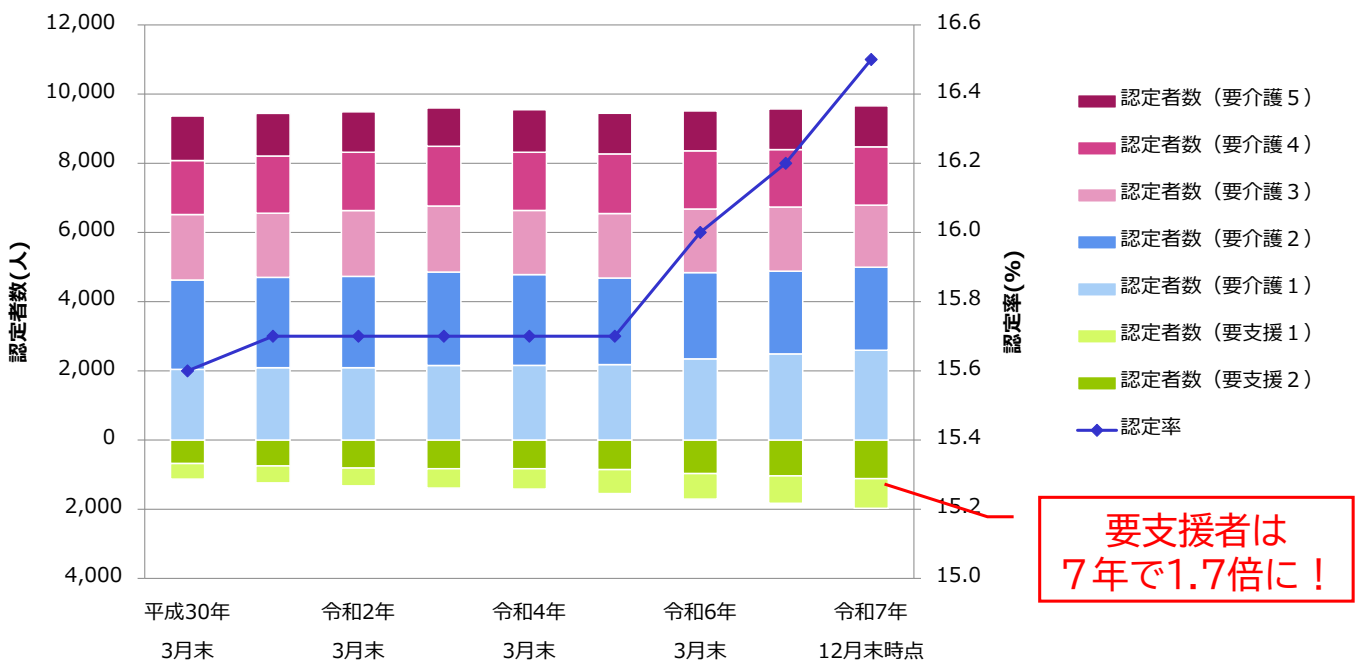


出所：八戸市における要介護認定データをもとに、当課が作成

3

要介護認定者数は横ばいだが、要支援認定者数が急増

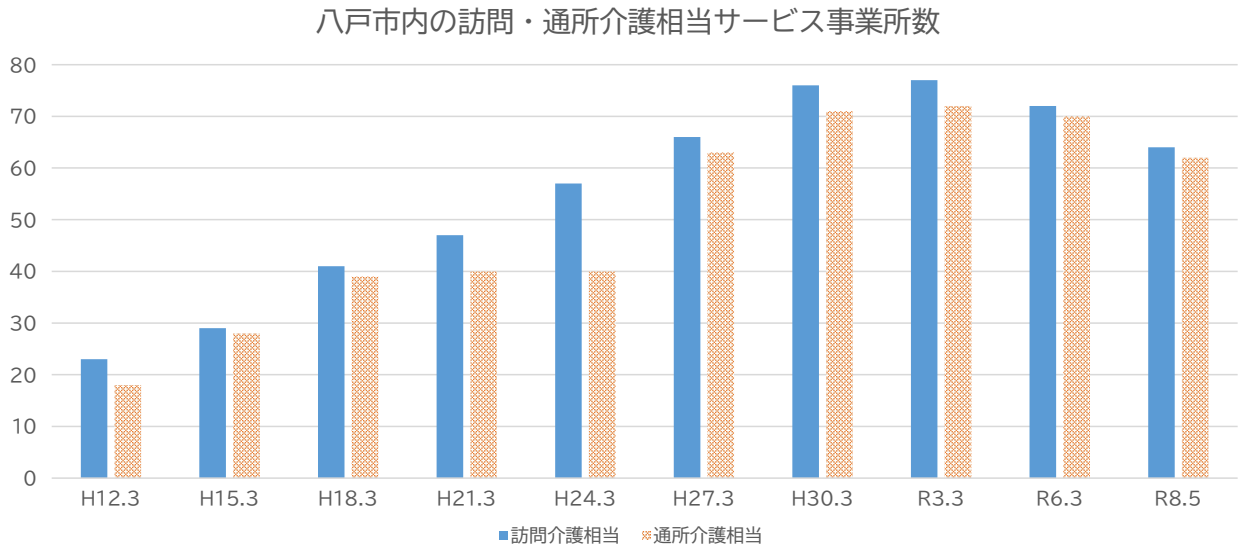
八戸市の要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移



(出典) 平成29年度から令和5年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和6年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」、令和7年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」

4

サービス提供事業所数は減少局面に



総合事業はサービス・活動事業と一般介護予防事業で構成

介護予防・日常生活支援総合事業 サービス・活動事業 ・要支援認定を受けた者（要支援者） ・事業対象者（基本チェックリスト該当者） ・継続利用要介護者 ※サービス・活動Aのみ	訪問型サービス (第1号訪問事業)	従前の訪問介護相当 多様なサービス・活動	①訪問介護相当サービス ②訪問型サービス・活動A（多様な主体による） ③訪問型サービス・活動B（住民主体による）※ ④訪問型サービス・活動C（短期集中予防サービス）※ ⑤訪問型サービス・活動D（移動支援）※
	通所型サービス (第1号通所事業)	従前の通所介護相当 多様なサービス・活動	①通所介護相当サービス ②通所型サービス・活動A（多様な主体による） ③通所型サービス・活動B（住民主体による）※ ④通所型サービス・活動C（短期集中予防サービス）
	その他生活支援サービス (第1号生活支援事業)		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（訪問型サービス・通所型サービスの複合的提供等）※
	介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)		①ケアマネジメントA ②ケアマネジメントB ③ケアマネジメントC
	一般介護予防事業 ・第1号被保険者の全ての者 ・その支援のための活動に関わる者	①介護予防把握事業 ②介護予防普及啓発事業 ③地域介護予防活動事業 ④一般介護予防事業評価事業 ⑤地域リハビリテーション活動支援事業	

※印は八戸市では総合事業として実施していない

訪問型サービスの類型

従前相当サービス (訪問介護相当)	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問介護員による身体介護、生活援助 ● 国が定める基準と単価、事業所指定により実施
サービス・活動A (多様な主体によるサービス・活動)	<ul style="list-style-type: none"> ● 委託により実施(訪問型日常生活支援事業、通称「うみねこヘルパー」) ● 所定の研修を修了したシルバー人材センター会員による生活援助 ● 費用単価は従前相当サービスの7~8割程度 ● 週2回まで利用可、自己負担は161円/回(30分未満)、181円/回(30以上45分未満)
サービス・活動B (住民主体によるサービス・活動)	<ul style="list-style-type: none"> ● 未実施
サービス・活動C (保健・医療専門職によるサービス・活動)	<ul style="list-style-type: none"> ● 未実施(栄養改善事業は令和7年度で廃止)
サービス・活動D (移動支援)	<ul style="list-style-type: none"> ● 未実施

7

通所型サービスの類型

従前相当サービス (通所介護相当)	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活機能の向上のための機能訓練、入浴等 ● 国が定める基準と単価、事業所指定により実施
サービス・活動A (多様な主体によるサービス・活動)	<ul style="list-style-type: none"> ● 緩和した基準によるミニデイサービス、運動・レクリエーション等を提供 ● 事業所指定により実施(生協デイサービスはんだon、StyleFit八戸、米寿温泉) ● 費用単価は従前相当サービスの7~8割程度 ● 週2回まで利用可。1回325単位(自己負担は負担割合証に基づく額)
サービス・活動B (住民主体によるサービス・活動)	<ul style="list-style-type: none"> ● 未実施
サービス・活動C (保健・医療専門職によるサービス・活動)	<ul style="list-style-type: none"> ● 8活教室(運動・認知複合型プログラム事業) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 事業者(NPO法人フォルツァ、株式会社ロッシュ)に委託し実施 ➢ 週1回1時間程度、3か月または6か月間利用、自己負担は月額1,670円 ● 口腔機能向上事業は令和7年度で廃止

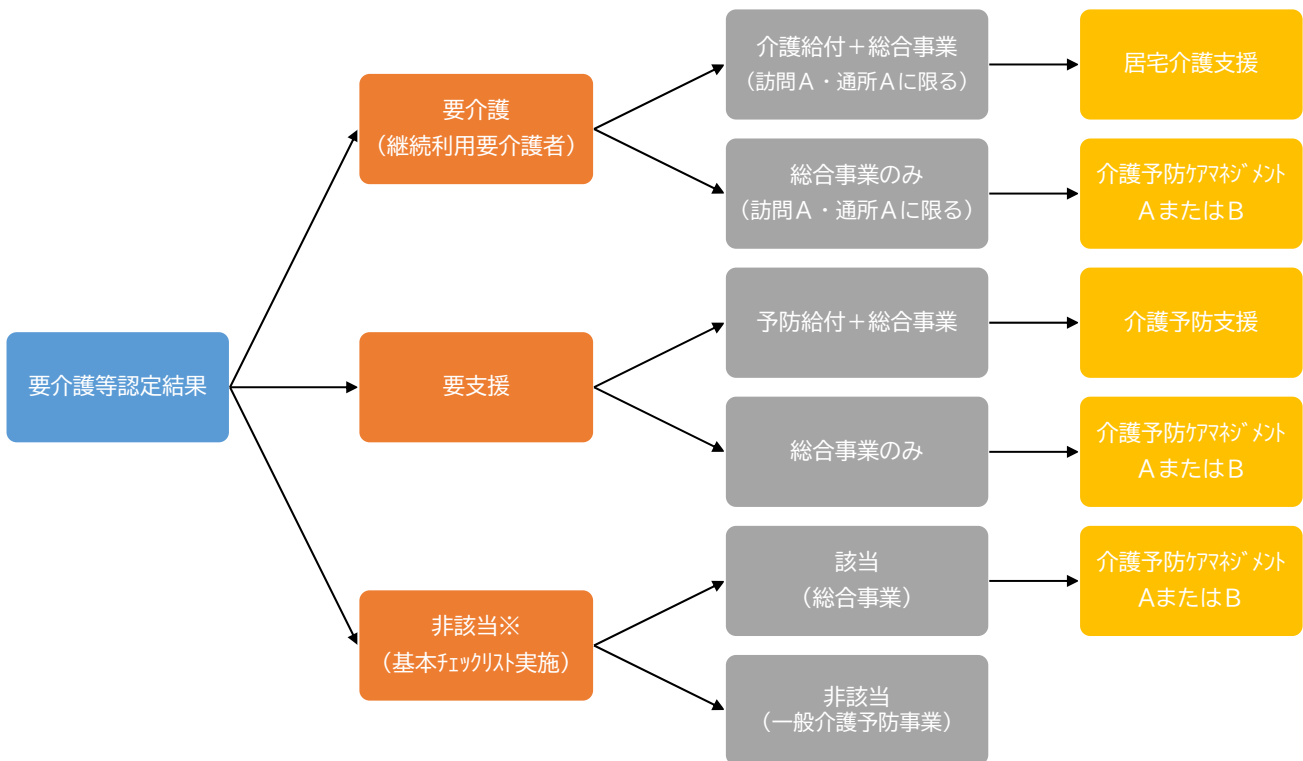
8

介護予防ケアマネジメントの類型とプロセス

<p>介護予防 ケアマネジメントA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 基本報酬 442単位 ● 初回加算 300単位 ● 委託連携加算300単位 ● 介護職員等処遇改善加算 	<p>以下のサービスを利用する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問・通所介護相当サービス ● 通所型サービス・活動A ● 通所型サービス・活動C（8活教室） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント ・ ケアプラン原案作成 ・ サービス担当者会議 ・ 利用者への説明・同意 ・ ケアプランの確定・交付 ・ サービス利用開始 ・ モニタリング・評価 ・ 給付管理（通所Cは不要）
<p>介護予防 ケアマネジメントB</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 基本報酬 360単位 ● 初回加算 200単位 ● 委託連携加算300単位 ● 介護職員等処遇改善加算 	<p>訪問型サービス・活動A （うみねこヘルパー）のみ利用する場合</p>	<p>上記のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス担当者会議：省略可 ・ モニタリング：2月に1回は電話により、6月に1回は訪問により実施 ・ 給付管理：不要
<p>介護予防 ケアマネジメントC</p>	<p>未実施</p>	

※ サービス・活動事業に加えて、予防給付（訪問看護・福祉用具貸与等）を利用する場合、「介護予防ケアマネジメント」ではなく「介護予防支援」となる。

サービス・活動事業利用フロー



※ 以下の場合も含む
 ・ 要介護等認定を更新しない場合
 ・ 要介護等認定申請せずに、訪問A・通所Cのみの利用を想定している場合

サービス利用申請書類

介護予防・日常生活支援総合事業

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



事業所向け情報

説明会資料のほか、請求等に関する情報を掲載しています。

総合事業サービスコード表

[八戸市総合事業サービスコード表（令和8年6月版）](#) (PDFファイル: 1.2MB)

今後、国の通知等により変更される場合があります。

総合事業サービスコードマスタ

現在、作成中です。

様式等

[介護予防支援・介護予防ケアマネジメントガイドライン](#) (PDFファイル: 2.4MB)

[介護予防支援・介護予防ケアマネジメントガイドライン（資料編）](#) (PDFファイル: 2.0MB)

[基本チェックリスト（記入用）](#) (PDFファイル: 148.8KB)

[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](#)

[介護予防プラン関連様式R070428](#) (Excelファイル: 184.4KB)

[利用申請書（訪問型サービスA・うみねこヘルパー）](#) (Wordファイル: 13.3KB)

[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)

[通所型サービスC利用支援マニュアル](#) (PDFファイル: 1.6MB)

[利用申請書（通所型サービスC・8活教室）](#) (Wordファイル: 18.2KB)

[問診票（通所型サービスC・8活教室）](#) (Excelファイル: 24.0KB)

総合事業 八戸市



以下の場合、申請手続きが必要です。

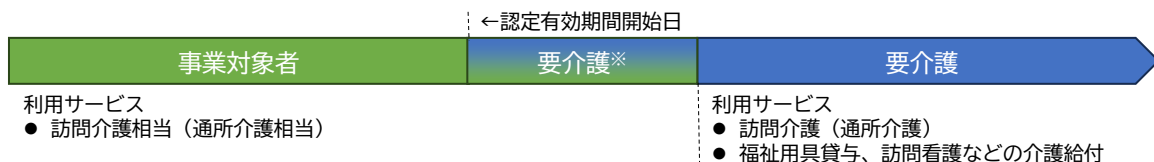
- 訪問・通所介護相当サービスまたは通所型サービスAを利用する場合
※要支援認定を更新する代わりに基本チェックリスト実施により事業対象者となった方のみ
- 訪問型サービスA（うみねこヘルパー）を利用する場合
- 通所型サービスCを利用する場合

なお、継続利用要介護者として利用する場合は、別途ご相談ください。

11

事業対象者が要介護認定を受けた場合の取扱い

事業対象者として、サービス・活動事業を利用した後、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おいては事業対象者として取り扱う。



認定結果	介護（予防）給付によるサービスのみ	介護（予防）給付によるサービスと総合事業によるサービス	総合事業によるサービスのみ
非該当（事業対象者）	全額自己負担	給付分は全額自己負担 総合事業によるサービス利用分は第1号事業支給費から支給	第1号事業支給費から支給
要支援	予防給付より支給	給付分は予防給付より支給 総合事業によるサービス利用分は第1号事業支給費から支給	第1号事業支給費から支給
要介護	介護給付より支給	給付分は、介護給付より支給 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第1号事業支給費から支給	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第1号事業支給費から支給

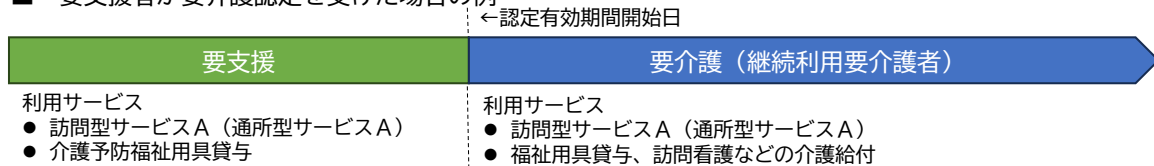
出典：国通知 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて

12

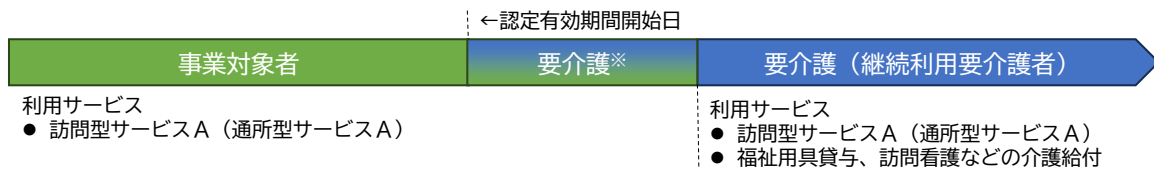
■ 継続利用要介護者について（令和8年4月から）

訪問型サービスAまたは通所型サービスAを利用していた要支援者や事業対象者が、要介護認定を受けた後も、引き続き利用できるようになった。

■ 要支援者が要介護認定を受けた場合の例



■ 事業対象者が要介護認定を受けた場合の例



※介護給付サービスの利用を開始するまでの間、「事業対象者」としてサービス・活動事業の利用を継続することができる。
 （この場合、マネジメント類型は居宅介護支援ではなく、介護予防ケアマネジメントとなる。）

13

■ 総合事業サービス利用者数（月あたり）の推移

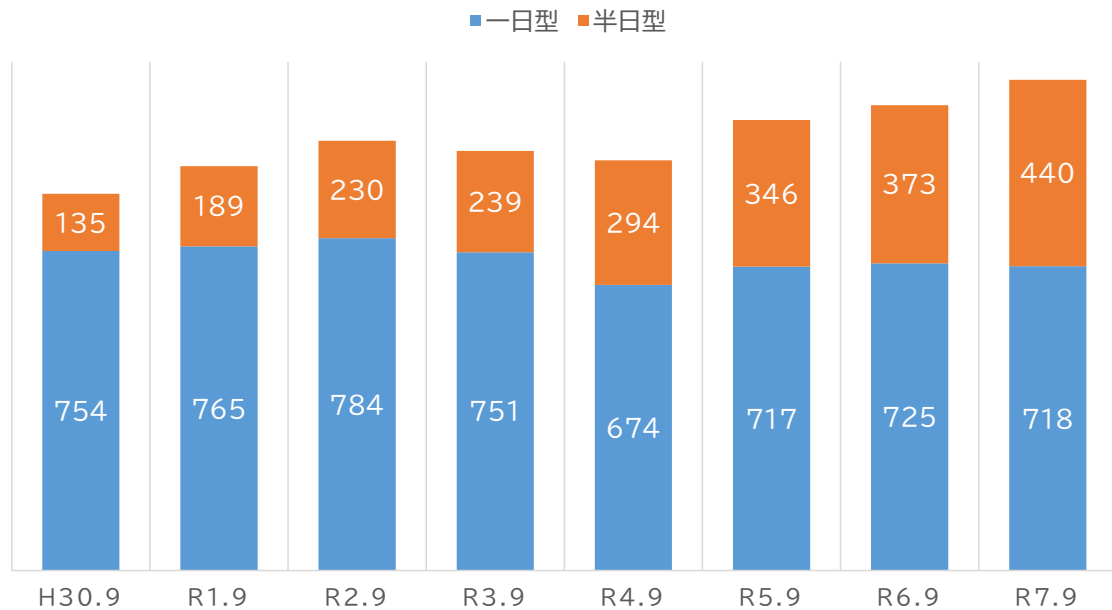
	H29.9	H30.9	R01.9	R02.9	R03.9	R04.9	R05.9	R06.9	R07.9
訪問介護相当	379	443	428	424	434	414	362	361	384
訪問型サービスA (うみねこヘルパー)	-	-	-	2	3	4	2	6	5
通所介護相当	706	892	955	1,012	991	968	1,063	1,098	1,158
通所型サービスA	-	-	-	-	-	-	-	6	12
通所型C (運動・認知複合型)	76	55	34	47	休止	35	17	29	8

※令和4年度までは「運動機能」「認知機能」それぞれの利用者の合計数。

14

■ 通所介護相当サービス、半日型の利用者が増加

通所型サービス利用者数（八戸市）



半日型利用者の割合は8年で2.5倍に（15.2% → 38%）

※各年月における利用者数の合計について、データ抽出時期（過誤・月遅れ請求等）により14ページの合計数と一致しない。

15

■ 訪問介護相当サービスを利用している要支援者の状態像

（令和6年9月 八戸市）

【要支援1・2：N=351】

障害高齢者の日常生活自立度（認定調査票）

	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1
自立	1	10	18	16	8	2
I	1	19	52	58	32	2
Ⅱ a	0	2	3	7	6	0
Ⅱ b	0	1	3	4	6	0
Ⅲ a	0	0	0	0	0	0
Ⅲ b	0	0	0	0	0	0

認知症高齢者の日常生活自立度（主治医意見書）

生活援助であれば、うみねこヘルパーを検討を！

16

通所介護相当サービスを利用している要支援者の状態像

(令和6年9月 八戸市)

【要支援1・2 : N=696】

障害高齢者の日常生活自立度 (認定調査票)

認知症高齢者の日常生活自立度 (主治医意見書)

	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1
自立	2	24	74	95	50	2
I	0	29	83	115	70	0
II a	0	8	23	36	23	0
II b	0	5	12	15	10	0
III a	0	0	6	3	8	0
III b	0	2	0	0	1	0

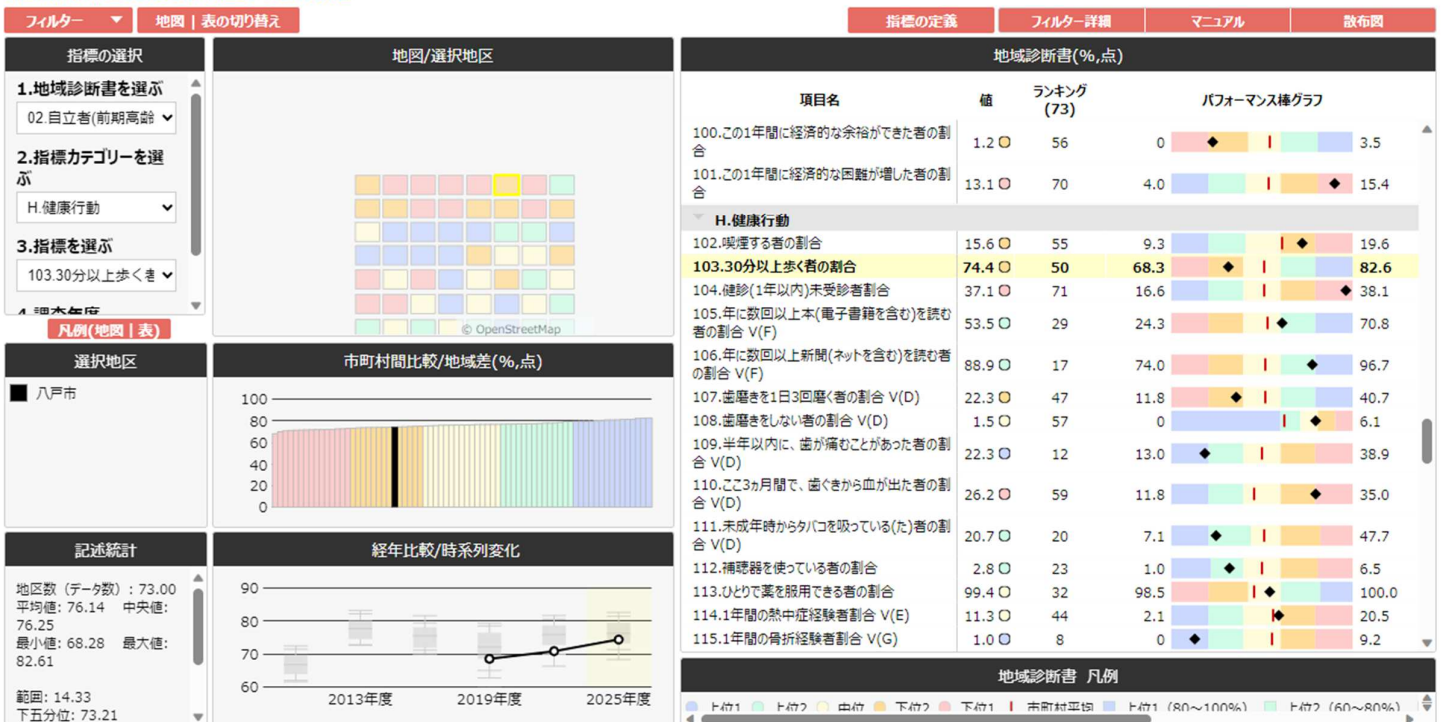
運動の習慣づけ
(セルフケア)
ができれば、元
の生活に戻れる
かも？

17

これからの高齢者 (現前期高齢者) は健康志向？

JAGES2025 市町村比較 地域診断書 | 02.自立者(前期高齢者) | H.健康行動 (2025年度)

【選択指標】103.30分以上歩く者の割合



出所：JAGES (日本老年学的評価研究機構) 地域マネジメントシステム2025 地域診断書

18

■ まとめ

- 要支援者数は急増し、サービス利用者も増加している一方で、従前相当サービス事業所は減少傾向となっており、これまでどおりのサービス提供は難しくなると考えられる。
- 要支援者・事業対象者は可逆性（まだ元気になれる）があり、適切なケアマネジメントで以前の生活に戻れる可能性が高い。
- 高齢者自身が以前の生活に戻ることを見据えた「選択」ができるよう、多様なサービスも含めた「提案」を！

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント ガイドラインについて

1

改訂のポイント

- 1 居宅サービス計画部分と一体的に運用していたものを、分離・再編
- 2 介護予防ケアマネジメントの実施の要点を整理し、関連様式記載例などを追加
- 3 最新の国の通知、ガイドライン内容を反映

※以下の関係法令、ガイドラインに基づき作成

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」

「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の実施」

「八戸市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防の為の効果的な支援の方法に関する基準などを定める条例」

2

ガイドライン作成の目的

介護保険の基本理念に基づく、介護予防ケアマネジメントの基本方針や実施手順等を整理し、介護支援専門員や高齢者支援センター職員と共有することで、八戸市の介護予防ケアマネジメントの質の向上を図るため

3

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくことが重要。

4

総合事業サービス

- 対象者：要支援認定者、事業対象者、継続利用要介護者
- サービス利用手続き 参照P3～5 2(4) サービス利用までの流れ

事業対象者について

- ・ 要支援認定を更新する代わりに基本チェックリスト実施し該当した者、認定非該当者で基本チェックリスト実施し該当した者に限る。 ※訪問型サービスAのみ利用、通所型サービスCの場合を除く
- ・ 高齢福祉課へ利用申請
書類・八戸市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書
・ 基本チェックリスト
※申請に合わせ直近の状態を反映する時期に実施
- ・ 認定を更新しない場合、2か月前から受付

5

介護予防ケアマネジメントの実施 1

- アセスメント（課題分析）
 - 1 ギャップから「原因」を明確にする
 - ・ 「どう過ごしたいか」と「今の状態」と比較
 - ・ **ICFの視点**
 - 2 専門的視点で「リスク」と「強み」を把握
 - ・ **フレイル予防**にも着目し、隠れた課題も分析
 - 3 「目標」をポジティブに変換する
 - ・ 困りごとの解消だけ→「やりたい生活」
 - ・ 「～できない」→「～したい」
「～できるようになる」
 - 4 **「意欲」を引き出す**関わり

6

介護予防ケアマネジメントの実施 2

- 介護予防サービス・支援計画（ケアプラン原案）作成
 - 1 専門職としての「攻め」の提案
 - ・ **根拠**あるプランニングと具体的な提案
 - 2 共同作業により**合意形成**を図る
 - ・ 一方的な提示ではなく、一緒に作り上げる
 - 3 本人が主役の表現を用いて「**自分事**」にする
 - 4 小目標による「自信の回復」
 - ・ 計画期間内に**達成可能な「段階的な目標」**
 - 5 インフォーマル資源の活用

7

介護予防ケアマネジメントの実施 3

- サービス担当者会議
 - 1 利用者・家族の生活の意向・目標を共有
 - 2 多職種によるブラッシュアップ
 - 3 状態の変化などにあわせ、適切なタイミングで開催

8

介護予防ケアマネジメントの実施 4

○ モニタリング

- 1 3つの視点で「今」を捉える
 - ・ 状態（心身・意欲）、取り組み状況、支援など
- 2 モニタリング方法
 - ・ サービス提供開始翌月から起算し3ヶ月に1回居宅訪問
※状況に著しい変化時は随時
 - ・ 訪問月以外はサービス事業所訪問、電話などで把握
- 3 1ヶ月に1回はモニタリング結果を記録

9

介護予防ケアマネジメントの実施 5

○ 評価

- 1 評価期間終了月に利用者宅を訪問して実施
※状況に著しい変化時は随時
- 2 目標の達成状況を評価し、新たな計画の見直しを実施

10

介護予防ケアマネジメントの実施 6

○ 基本チェックリスト

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントガイドライン（資料編）

1-1 基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準 参照

基本チェックリスト		1-1
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	
2	日用品の買い物をしていますか	
3	預貯金の出し入れをしていますか	
4	友人の家を訪ねていますか	
5	家族や友人の相談にのっていますか	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	
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	
8	15分位続けて歩いていますか	
9	この1年間に転んだことがありますか	
10	転倒に対する不安は大きいですか	
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	
12	身長 cm 体重 kg (kg)	

基本チェックリストについての考え方 様式1の別紙

【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。

11

介護予防ケアマネジメントの実施 7

○ 興味関心チェックシート

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントガイドライン（資料編）

1-3 興味・関心チェックシート 参照

生活行為	している	してみたい	興味がある
生涯学習・歴史			
読書	○		
俳句			
書道・習字			
絵を描く・絵手紙			
パソコン・ワープロ			○
写真		○	
映画・観劇・演奏会		○	

している → 5W1Hは？
“できる・できない”の動作能力も聴取
できないのか、できるけどしてない？

してみたい → 理由は？
どうすればできそうですか？

興味がある → 理由は？
いつから興味あったの？

前は写真を撮っていたけど重いカメラはだめだが、スマートフォンならとれるかな

項目にない情報なども聞き取り、余白などに書いていく

話しているうちにいろいろ引出せる

孫と一緒に映画館に行きたい 等

12

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントガイドライン（資料編）

2-1 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領参照

2 「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果など記録表）」より抜粋

⑭ 「アセスメント領域と現在の状況」

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。

利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

13

介護予防サービス・支援計画表①

介護予防サービス・支援計画表（1）

No.		利用者の氏名		性別		認定年月日		認定の有効期間		2-2			
								<input type="checkbox"/> 初回・ <input type="checkbox"/> 紹介・ <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 認定済・ <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1・ <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 地域支援事業		被保険者証の「要介護状態区分等」に記載された区分を選択 事業対象者の場合選択する			
・事実のみを記載し、主観的な判断は記載しない ・している・していない、だれが手伝っているかなど具体的に記載する		計画作成事業所名（連絡先） 年 月 日		担当地域包括支援センター		領域ごとになっている課題を統合する		この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示し提案するもの		についての意向 本人・家族			
アセスメント領域と現在の状況		本人・家族の意向・意向		領域における課題（背景と原因）		課題の提案							
運動・移動について 行きたい場所への移動手段。 屋内外の歩行状況（福祉用具利用状況、段差昇降等） 交通機関の利用状況		・利用者・家族の現状の受け止め、今後への意向を理由も含めそれぞれ記載する 【記載例】 ・「○○できるようにしたい」 ・「○○したい。」		・問題の背景・原因と考えた根拠を記載する ・健康状態、心理、習慣、環境、経済状況等の観点から整理し、予後予測も併せ分析する ・現在の課題、予後予測の上で生じる課題などを記載する ・基本チェックリストの結果も考慮する ・課題がある場合に領域ごとに「□有」に■印を付す 【記載例】 ・「○○の可能性はある」 ・「○○の危険性がある」		・間接的な背景・原因を探り、生活全体の課題を探る ・各領域における課題の中で原因、背景が共通したり方向性が同じものを統合し、解決優先度の高い順から記載する ・どうなれば希望する生活を送れるかを導き記載する 【記載例】 ・「○○できる」 ・「○○を行う」 ・「○○する」		・「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する ・専門的観点から利用者の望む生活を踏まえた上で目標や取り組み可能な内容を提案する ・セルフケアや家族や友人などのインフォーマル支援、具体的なサービス内容などを記載する		・提案した目標と具体策について、本人や家族の意向を確認し記載する ・合意時は、「○○が必要だと思う」「○○を行いたい」などと記載する ・合意がない場合は、理由や根拠など利用者や家族の考えを記載する			
日常生活（家庭生活）について 家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等） 経済の管理、花木やペットの世話													
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 家族や近隣のひととの交流、地域活動への参加状況 家族や地域での役割の有無 趣味や楽しみの有無													
健康管理について ・服薬管理、定期受診の状況。 ・飲酒や喫煙の有無 ・食事や運動、排便などの健康管理に関する状況 ・清潔動作・口腔ケア													
基本チェックリストの（該当した項目）／（質問項目数）を記入して下さい 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 ・事業対象者は、基本チェックリストを実施しケアプランに反映させる										健康状態について 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点 ・「主治医意見書」（要支援者のみ）、「健診結果」「観察結果」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する			

14

介護予防サービス・支援計画表②

介護予防サービス・支援計画表（2）

No. _____ 様 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする

目標とする生活

1日： ・一年後や大きな目標への段階的目標
・生活の中で取り組みやすい、達成感や自己肯定感が得られる内容が望ましい

14： ・利用者生きがいや楽しみを確認し今後の生活で達成したい目標を設定する
・近い将来なりたい自分の姿をイメージできるよう具体的に記載する

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	介護保険サービス又は地域包括支援センター	サービス種別	事業所	期間
<ul style="list-style-type: none"> 計画作成者と利用者・家族が合意した目標を記載する 支援者側の視点での記載は避ける（異常の早期発見等） 計画実施期間（最長12月）で達成可能なものとし、利用者が理解しやすい具体的な表現を工夫（数値等）する 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者、家族を含む支援チームの方針連携方法、インフォーマルサービス、安全管理上のポイントなどを記載する サービス内容は記載しない 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者自ら取り組むことや、家族や近隣住民、民間企業でのサービスなどもインフォーマルサービスとして記載する 誰が、何をするのか具体的に記載する 	<ul style="list-style-type: none"> 目標達成に向けた適切なサービスを記載する 	<ul style="list-style-type: none"> 支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する 	<ul style="list-style-type: none"> 当該サービス提供を行う事業所を記載する ※介護保険以外のサービスも記載する 	<ul style="list-style-type: none"> 目標達成に合わせて「支援内容」を実施期間を記載する（「〇月〇日～〇月〇日」など） 「認定の有効期間」も考慮する
総合的な方針：生活不活発の改善・予防のポイント <ul style="list-style-type: none"> 利用者や家族、支援者が生活不活発の改善・予防に向けて共通の取組内容などを記載する 			計画に関する同意・交付 上記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名			
【本来行うべき支援が実施できない場合】 可能な支援の実施に向けた方針 <ul style="list-style-type: none"> 利用者や家族の合意がない、必要な社会資源が地域にない場合などは、本来の必要な支援に向けた対応などや今後の方針などを記載する 			地域包括支援センター意見 ※委託の場合		<ul style="list-style-type: none"> 最終責任主体である高齢者支援センター等が確認し、担当者が氏名を記載する 	

介護予防週間支援計画表

介護予防週間支援計画表

利用者名 _____ 様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
早朝	4:00								
	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
午後	12:00								
	14:00								
夜間	16:00								
	18:00								
深夜	20:00								
	22:00								

・八戸市の独自の書式であり、利用者の状況により必要性を確認し使用する
・高齢者支援センターと使用について確認しておく

週単位以外のサービス

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表

利用者名 _____ 様		・高齢者支援センター担当者名、または委託を受けた指定居宅 介護支援事業所の担当者名を記載する			評価日 _____	
					計画作成者氏名 _____	
目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
		・評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する	・達成時は○ 未達成時は× を記載する	・目標未達成の原因、目標設定の妥当性を利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する		・目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する
総合的な方針 ・今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する			介護予防支援事業者意見 ・効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する ※本欄に確認をした高齢者支援センター名を記載する		<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> サービス・活動事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

19

よくある質問

質問1 介護予防サービス・支援計画表（2） 支援計画 サービス種別に加算を記載する必要があるか？

回答1 事業所の体制にかかる加算については、記載する必要はない。しかし、計画書への記載が「算定要件」の場合があるため、名称だけでなく、「加算の目的に沿った具体的な目標や支援内容」が計画書に反映されているか確認が必要。（口腔機能向上加算や栄養改善加算など）

質問2 「目標とする生活（一日、一年）」と「目標」は同じでもよいのか？

回答2 「目標」は期間内に達成可能、また達成具合を評価できる具体的な目標。下記の目標とする生活の内容と一致する場合もありうる。

1年：その人らしい「生活の質の向上」や「自己実現」を目指す将来の姿。

1日：1年後の目標に向けて今日、明日から取り組む具体的行動や段階的目標。

※一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

20

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領2 「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）」より抜粋

⑫ 「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。**具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。**漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルとともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。**一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。**

「一日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感自己効力感が得られるような内容が望ましい。

「一年」は、利用者とともに、**生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。**あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

留意事項について 1

○暫定ケアプランの考え方 (P16~17)

- 1 サービス開始前に、アセスメントからプラン作成までの**一連の業務**を必ず完了させる。
- 2 **自己負担リスク**の説明と同意
- 3 居宅介護支援事業所と高齢者支援センターの**連携**
- 4 適切な事業者の選定
 - ・ 総合事業、居宅サービスの双方の指定事業者の選定
- 5 **居宅サービス計画作成届出書の確認**

※要支援者の新規申請の場合は要注意

暫定利用時のトラブルになりやすい例

- 1 委託を受けた居宅介護支援事業所が担当する要支援者に対し要介護1を見込み要介護認定新規申請を実施。
→要介護1と認定 居宅届出の提出モレがあった
- 2 高齢者支援センターが担当する事業対象者に対し要支援認定を見込み要介護認定新規申請を実施→要介護1と認定

高齢者支援センターと居宅介護支援事業所の連携を密に！

23

事業対象者の場合

要介護認定を受けても居宅介護サービス利用までは、総合事業として給付管理が可能

- 注意点**・保険者側の対応が必要になる為、高齢福祉課に連絡をする
- ・要支援者は適用にならない

【参照】

資料編4-2 別紙「介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施について」 5 留意事項（2）より抜粋

「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、総合事業によるサービス・活動事業の利用を継続することができる。なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス・活動事業を利用することはできない。

24

留意事項について 2

- 月額包括報酬の日割り請求に係る適用 (P20~21)
 - ・ P20~21掲載「対象事由と起算日」※に該当する場合は日割りで算定
 - ・ 日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による

※令和3年3月31日 老健局介護保険計画課 認知症施策・地域介護推進課 老人保健課 事務連絡 I-資料9より抜粋

25

留意事項について 3

- 軽微な変更として考えられる場合の取り扱い (P22~23)

軽微な変更として考えられる例		
1	サービス提供の回数の変更	利用者の課題、目標・サービス内容の変更がない一時的な変更
2	福祉用具の同等の用具への変更	利用者の課題、目標・サービス内容の変更がない同一種目の変更
3	事業者の名称変更	単なる事業所の名称変更
4	事業所の変更	サービス事業所の都合での事業所変更
5	担当介護支援専門員の変更	地域包括支援センターにおける担当介護支援専門員等、委託契約している居宅介護支援事業所の変更

留意事項について 4

○ ケアプラン作成連絡票 (P24)

- 1 居宅サービス計画（ケアプラン）を作成時に、主治医から医学的助言や留意点を確認する際に使用する
- 2 八戸市が作成した文書
- 3 事前に医療機関へ確認した上で使用する

※介護予防支援・介護予防ケアマネジメントガイドライン（資料編）
3 ケアプラン作成連絡票 参照

ダウンロード

高齢福祉課>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

27

介護予防ケアマネジメント力向上に向けて

○地域ケア会議個別ケア会議

高齢者支援センターが実施

自立支援型個別ケア会議

→介護予防ケアマネジメントにおける地域課題抽出、
解決策の検討

○包括的支援事業研修会の実施

目的 地域包括ケアを推進するために必要な知識・技術を習得することにより、高齢者が住み慣れた地域でその人らしい生活を継続できるよう支援する。

28

最後に

- 「大切なのは、どのサービスを使うかではなく、そのサービスを使って『何ができるようになるか』。
- 本人の持っている力を引き出し、もう一度主体的な生活へつなげることこそが自立支援。

リエイブルメント（再び自分でできるようになる）

29

ご清聴ありがとうございました。