

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 マニュアル

(令和 7 年度)

宇治市

介護保険課・長寿生きがい課

目 次

1. 介護予防について・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2. 介護予防・日常生活支援総合事業とは・・・・・・・・・・	3
3. 利用できる事業および対象者・・・・・・・・・・	3
4. 介護予防・日常生活支援総合事業利用の流れ・・・・・・・・	4
5. 事業対象者について・・・・・・・・・・	5～6
6. サービス内容	
(1) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）・・・・・	7～20
① 対象者	
② 実施体制	
③ 実施主体	
④ 種類とプロセス	
⑤ 介護予防ケアマネジメント費の単価と請求・支払いについて	
⑥ 介護予防ケアマネジメントの流れと必要書類	
⑦ 介護予防ケアマネジメントの実施について	
(2) 訪問型サービス（第1号訪問事業）・・・・・・・・・・	21～22
(3) 通所型サービス（第1号通所事業）・・・・・・・・・・	23～24
(4) 一般介護予防事業・・・・・・・・・・	25～26
7. サービスの併用について・・・・・・・・・・	27
8. 様式集・・・・・・・・・・	28～39

巻末 ・住民主体型サービス（通所型B・訪問型B）案内チラシ
・短期集中予防サービス（通所型C・訪問型C）案内チラシ

1. 介護予防について

(1) 介護保険制度の基本理念

介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は要介護状態等の軽減や悪化の防止に資するよう、医療との連携に十分に配慮し、総合的かつ効果的に提供されるものです。

また、国民は要介護状態となることを予防するために健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合にも、介護サービスを利用して能力の維持向上に努めると明文化されています。

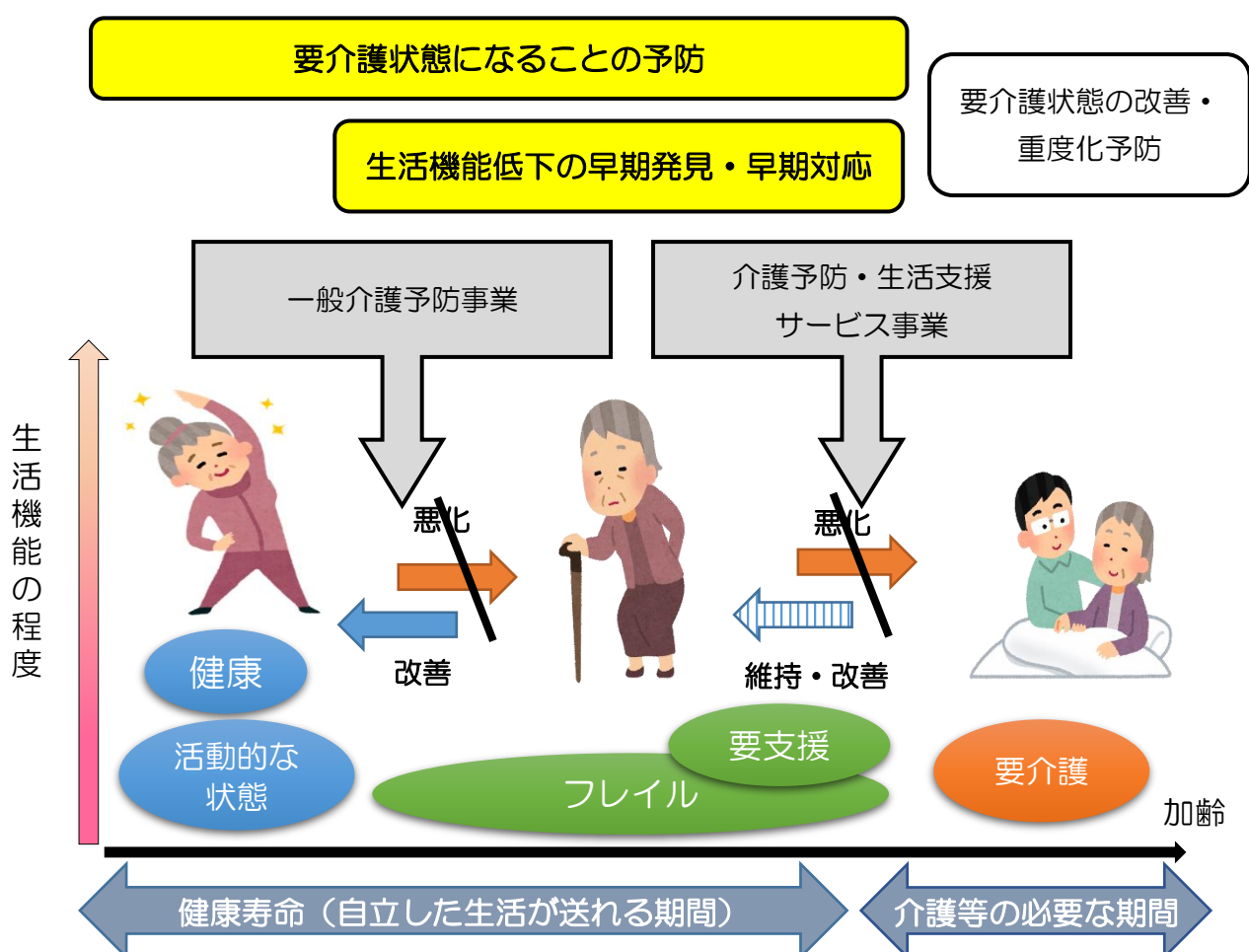
(2) 介護保険制度における介護予防の位置づけ

①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと。

⇒高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを主体的に行うことが重要です。

②要支援・要介護状態になっても状態の改善・維持・悪化の遅延を図ること。

⇒生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図ります。



2. 介護予防・日常生活支援総合事業とは

宇治市では、平成 29 年 4 月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）を実施しています。

総合事業は、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多様なサービスを提供することで、要支援状態からの自立の促進や重症化予防を図ることを目的としています。全国一律であった介護保険制度によるサービスを、創意工夫によりその市町村の実情に応じたものを整備することができ、高齢者が効果的な介護予防に取り組み、地域で社会参加できる機会を増やすことで、地域の中で日常生活を送り続けられるようにすることを目標に創設された制度となっており、サービス・活動事業と一般介護予防事業で構成されています。

3. 利用できる事業および対象者

①サービス・活動事業

〔対象者〕 ・要支援 1・2 の認定を受けた人

・基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人（事業対象者）

〔事業概要〕

事業	内容
訪問型サービス	・掃除、洗濯等の日常生活上の支援の提供 ・生活機能の改善を目指した専門職による居宅での短期間の相談指導
通所型サービス	・食事や入浴、レクリエーション、機能訓練等の日常生活上の支援の提供 ・体操や運動等の活動の場など、自主的な通いの場 ・生活機能の改善を目指した専門職による短期集中プログラム
介護予防ケアマネジメント	総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを実施

②一般介護予防事業

〔対象者〕 65 歳以上のすべての人（第一号被保険者）

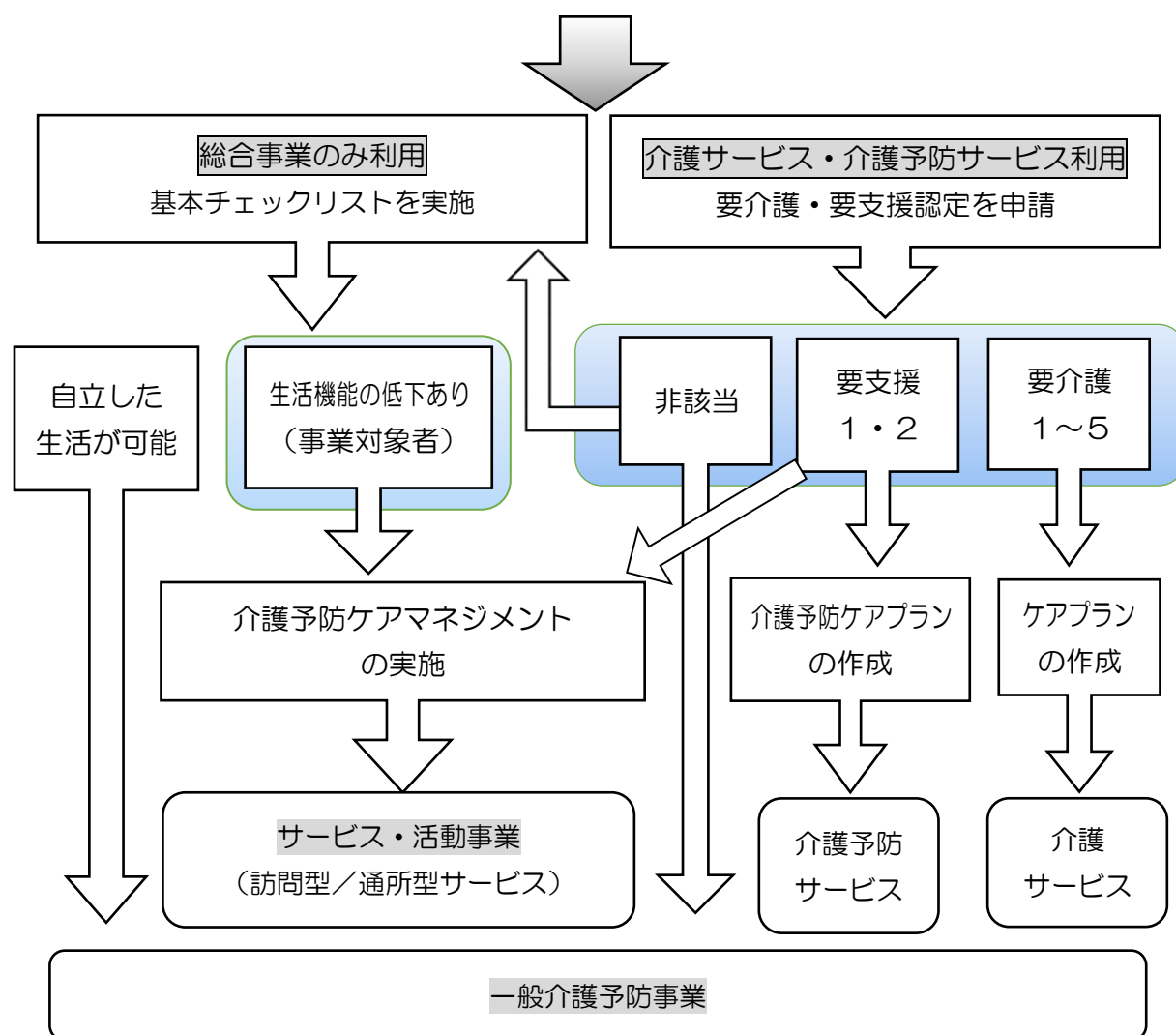
〔事業概要〕

事業	内容
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取り組みを支援するため、住民の自主グループ等へ、リハビリ専門職による助言等を実施

4. 介護予防・日常生活支援総合事業利用の流れ

相談受付（宇治市介護保険課窓口または地域包括支援センター）

- ① 被保険者や家族より相談の目的や希望するサービス等を聞き取る（総合事業聞き取り票を活用）。
- ② 総合事業の趣旨や内容、手続き方法について説明する。被保険者の状況やサービス利用の意向等の聞き取りを踏まえて、利用すべきサービスの振り分けを行う。
 ※明らかに要介護認定が必要な場合や予防給付（訪問看護、福祉用具貸与等）や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等の申請方法について案内する。
 ※一般介護予防事業等の利用のみを希望する場合は、それらの事業を紹介する。
 ※インフォーマルサービスや地域での取組み（サロン等）についても、必要に応じて情報提供を行う。



※ 総合事業の説明の際、以下の点を説明してください。

- ・ **サービス・活動事業**のみ利用する場合は、要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であること。
- ・ 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自立の促進や重症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、本人とともに目標を立て、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み、目標達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと。
- ・ 事業対象者となった後や、**サービス・活動事業**を利用し始めた後も、必要なときは要支援・要介護認定の申請ができること。

5. 事業対象者について

（１）基本チェックリストの実施

チェックリストの実施は、原則被保険者本人が宇治市介護保険課窓口または地域包括支援センターに来所して実施します。

来所できない場合、地域包括支援センターが被保険者のもとへ訪問して実施することも可能です。本人と面談することなく、家族からの聞き取りや電話での聞き取り、郵送での受付はできません。

また、基本チェックリストの実施と要支援・要介護認定の申請は同時に行うことも可能です。

※指定居宅介護支援事業所が委託により担当しているケース等は、居宅介護支援事業所の職員が基本チェックリストを行うことが可能です。ただし、地域包括支援センターとは事前に連絡、相談をしておき、申請に必要な書類一式は地域包括支援センターを介して宇治市介護保険課に提出してください。なお必要書類一式については、写しを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所は保管してください。

（２）有効期間

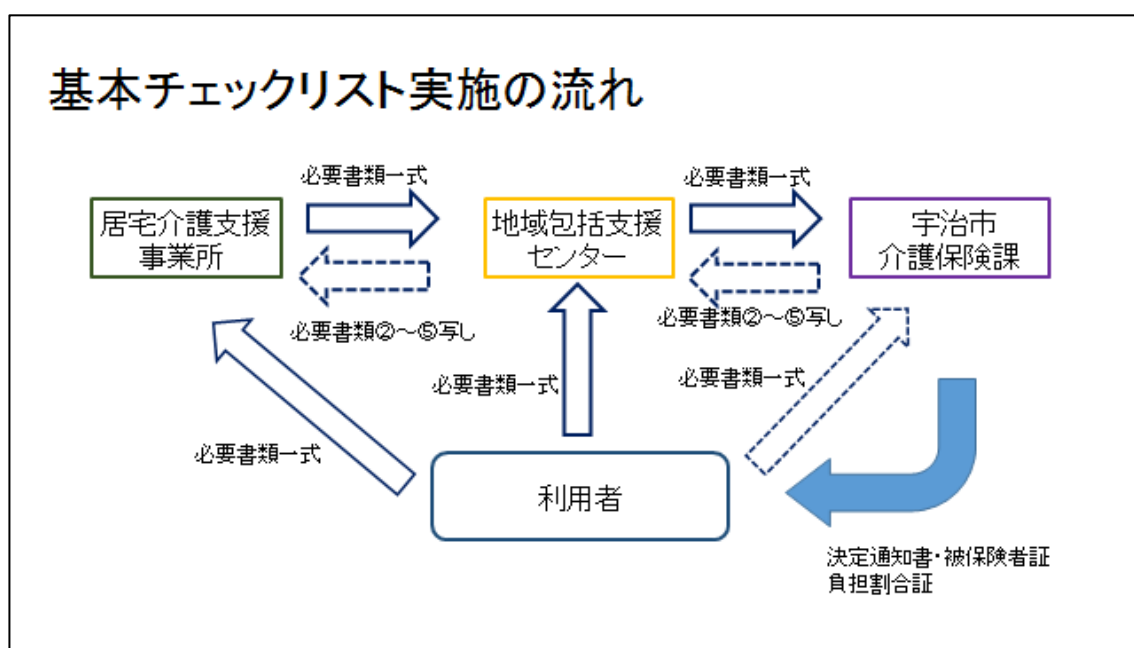
事業対象者の認定有効期間はチェックリスト実施日から２年間です。

すでに認定を持つ人（要支援・要介護認定、事業対象者）は、認定有効期間終了の６０日前からチェックリストの実施が可能です。その場合の事業対象者の有効期間は、認定有効期間終了日の翌日から２年間となります。

(3) 必要書類

- ① 介護保険被保険者証
- ② 総合事業申請書（様式集①）
- ③ 総合事業聞き取り票（様式集②）
- ④ 総合事業基本チェックリスト（様式集③）
- ⑤ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書（様式集⑤）

※⑤すでに届出済みの場合不要です。宇治市介護保険課窓口で実施した場合でも被保険者から提出することになります。



6. サービス内容

介護予防・日常生活支援総合事業

- (1) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）
- (2) 訪問型サービス（第1号訪問事業）
- (3) 通所型サービス（第1号通所事業）
- (4) 一般介護予防事業

(1) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援者等に対して、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、置かれている環境やその他の状況に応じて、訪問型サービス・通所型サービス等の適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

① 対象者

介護予防ケアマネジメントの対象者は、要支援者及び事業対象者のうち、介護予防給付を受けず、総合事業におけるサービス利用のみを受ける者としてします。

② 実施体制

《ケアマネジメントの類型》

		対象者	
		要支援者	事業対象者
1	給付のみ利用する場合	介護予防支援 (介護予防給付) 【※1、※2】	
2	給付と総合事業を併用する場合		
3	総合事業のみ利用する場合	介護予防ケアマネジメント (総合事業による実施)【※2】	

※1 地域包括支援センター等が実施

※2 居宅介護支援事業所に委託も可

【介護予防支援と介護予防ケアマネジメントについて】

要支援認定者で「予防給付によるサービスのみ利用」、「予防給付によるサービスと総合事業によるサービスの併用利用」の場合は、介護予防支援によるケアマネジメントを実施します。ただし、要支援認定者にあっても「サービス・活動事業のみ利用」の場合には、介護予防ケアマネジメントを実施します。

そのため、その月に予防給付を利用するかしないかによって、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」が月単位で入れ替わることがあります。

③ 実施主体

介護予防ケアマネジメントは、利用者本人の住民登録がある地域を担当する地域包括支援センターにおいて実施します。

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターに配置されている3職種（保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員）のほか、介護支援専門員等の介護予防支援業務を行っている職員により実施することができます。

<介護予防ケアマネジメントの業務委託及び地域包括支援センターの関与について>

○地域包括支援センターが業務の一部を居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することも可能です。

○居宅介護支援事業所に委託する場合は、公平性・中立性をもって事業所選定を行うこととします。

○居宅介護支援事業所に委託する場合における、介護予防ケアマネジメントの実施体制として、初回の介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメントに、地域包括支援センターが立ち合い、居宅介護支援事業所が行うケアプラン原案の作成を支援するなど、適宜地域包括支援センターが関与することとする。

○介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターの実施件数、居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逓減制には含めていません。

※ 住所地特例対象者の総合事業利用等について

①他市町村の被保険者であって、宇治市内に所在する住所地特例対象施設に入居する方（住民登録は宇治市）の場合	・宇治市の総合事業のサービスを利用 ・住民登録のある地域を担当する地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施（委託可能）
②宇治市の被保険者であって、他市町村に所在する住所地特例対象施設に入居する方（住民登録は他市町村）の場合	・当該他市町村の総合事業のサービスを利用 ・当該他市町村の地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施

※住所地特例対象者の居宅届出について

①他市町村の被保険者であって、宇治市内に所在する住所地特例対象施設に入居する方（住民登録は宇治市）の場合	<u>地域包括支援センターから宇治市へ 届出提出</u> ＜提出時に必要なもの＞ ① 届出書（宇治市または保険者市町村の様式） ② 被保険者証（原本）
--	---

④ 種類とプロセス

本市では、以下の2類型を実施します。また、利用するサービスの組み合わせで、ケアマネジメントの種類が決まります。

<種類とプロセス>

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のプロセス）	
◇サービス・活動事業の指定を受けた事業所のサービス（介護相当サービス、サービスA）を利用する場合	アセスメント（課題分析） →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者・家族への説明・同意
◇短期集中予防サービス（サービスC）を利用する場合	→ケアプラン確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング・評価 給付管理
②ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
◇住民主体型サービス（サービスB・D）のみを利用する場合	アセスメント（課題分析） →ケアマネジメント結果案作成 →利用者・家族への説明・同意 →サービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始 セルフマネジメント

<利用するサービスと介護予防ケアマネジメントの種類>

利用するサービス			ケアマネジメントの種類
介護予防給付サービス ※要支援者のみ	総合事業 (介護相当・サービスA/C)	総合事業 (サービスB/D)	
○	○	○	介護予防支援
○	○		介護予防支援
○		○	介護予防支援
○			介護予防支援
	○	○	ケアマネジメントA
	○		ケアマネジメントA
		○	ケアマネジメントC

※ケアプランの自己作成（セルフケアプラン）の取り扱い

総合事業のサービス事業については、ケアプランの自己作成による利用は想定していません。

⑤ 介護予防ケアマネジメント費の単価と請求・支払いについて

＜介護予防ケアマネジメントA・Cの単価＞

単価
・基本報酬 442 単位 ・初回加算 300 単位 ・委託連携加算 300 単位 [ケアマネジメントAのみ] ・1 単位 = 10,42 円

※ 初回加算の算定については、下記のような場合に算定できます。

①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（契約の有無に関わらず、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、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）

②要介護者が、要支援又は事業対象者となった際に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※ ケアマネジメントCは、初回プラン作成月のみ算定します。

※ 同月中に同一の要支援者に対して、介護予防支援・ケアマネジメントA・ケアマネジメントCの内、複数の種類のケアマネジメントを実施しても、介護報酬又は委託料のいずれか一つしか算定できません。

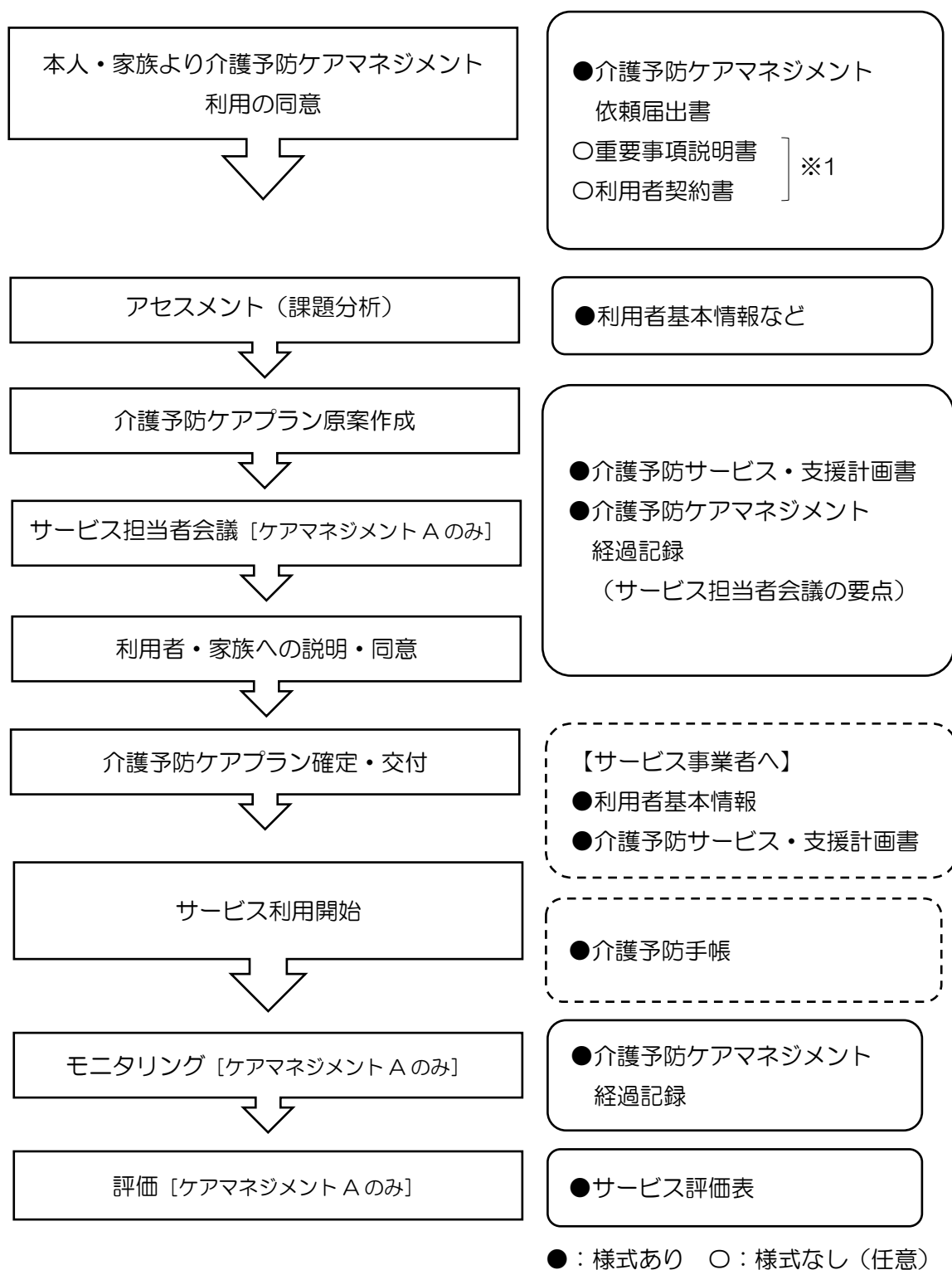
（算定の優先順位： 介護予防支援＞ケアマネジメントA＞ケアマネジメントC）

＜請求・支払い＞

介護予防ケアマネジメント費については、介護予防支援費と同様に、京都府国民健康保険団体連合会に審査支払事務を委託し、京都府国民健康保険団体連合会を通じて介護予防ケアマネジメント費を支払うこととしています。

なお、請求先、請求方法、請求期日等につきましては、介護予防支援と同様です。

⑥ 介護予防ケアマネジメントの流れと必要書類



介護予防ケアマネジメントにおける様式は、介護予防支援と同様の様式を使用。
ただし、ケアマネジメント C においては、「介護予防サービス・支援計画書」の一部記載を省略することができます（詳細は、次頁を参照。）

《参考》ケアマネジメント結果記録
(ケアマネジメントCのみ)

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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____

利用者名 _____ 殿 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

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（居宅事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
（運動・移動について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（日常生活（家庭生活）について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（社会参加、対人関係・コミュニケーションについて）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
（健康管理について）		☐ 有 ☐ 無					（ ）					

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

【本来行うべき支援が実施できない場合】

必要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

_____ 印

※1 重要事項説明書および利用者契約書について

対象者区分	必要な書類	
【要支援者】 「介護予防支援」もしくは「ケアマネジメントA」を実施した場合	① 重要事項説明書	介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを一体化した様式 ※ 一体化した重要事項説明書で説明することで、利用者に対して行うケアマネジメントが「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」の間で変わっても重要事項説明を再度行う必要はない
	② 利用契約書	介護予防支援利用に係る利用契約書
【要支援者】 「ケアマネジメントC」を実施した場合 【事業対象者】 「ケアマネジメントA」もしくは「ケアマネジメントC」を実施した場合	重要事項説明書のみ	市からの委託による実施のため利用契約書は不要

⑦ 介護予防ケアマネジメントの実施について

[1] 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、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。
- ・介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、利用者の「目標」をケアチームで共有し、目標達成に向けて主体的に取り組むことができるよう支援し、心身機能の改善だけでなく、生きがいや役割を持って生活できるよう、「心身機能」「精神面」「活動や社会参加」にバランスよくアプローチすることが重要です。
- ・ケアプランの作成において、「目標志向型ケアプラン」を自立支援・重度化防止の視点で検討することが大切です。利用者の実現可能な「ありたい姿」や「望む生活」を「目標」とし、その目標の実現に向けて利用者が何に取り組むか、どのような支援が必要かアセスメントします。その時にセルフケアや家族支援、地域との繋がり、インフォーマルサービスも含めて総合的に検討します。これらのことがケアプランを通して具体的に分かるようにすることで、利用者が主体的に取り組むことが可能となります。

[2] 介護予防ケアマネジメントの実施手順

<1>アセスメント（課題分析）

- ①利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。
- ②利用者に合った目標設定に向けて、本人の趣味、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～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きます。
- ③介護予防ケアマネジメントの展開においては、「表2 日常生活チェックシート」や「基本チェックリスト」などを活用することで、個別性の高いケアマネジメントを実施することができます。また、「利用者基本情報」の裏面の介護予防に関する事項等からも趣味・楽しみ・特技や友人・地域との関係等が聞き取れるよう工夫されています。
- ④利用者の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、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必要があります。

<2>ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）の作成

- ①目標設定
 - ・生活の目標については、「表1 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」等を参考にしながら、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、利用者が自分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します。
 - ・計画に定められ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です。
- ②利用するサービス内容の選択
 - ・利用するサービスを検討する際は、単にサービス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ケアプラン原案を本人とともに作成します。
 - ・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、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）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、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成します。

<3>サービス担当者会議（ケアマネジメントAのみ）

- ①サービス担当者会議の目的
 - ・利用者やその家族の生活全体及びその課題を共通理解すること。
 - ・利用者やその家族に公的サービス・地域のインフォーマルサービス等について情報提供をし、その役割を理解すること。
 - ・利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画等を利用者やその家族、

サービス事業者等と協議すること。

- ・介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解すること。

②会議の構成員

利用者やその家族、サービス事業者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等が想定されます。

③会議の進め方

介護予防ケアプラン作成者が主催者となり、作成者が作成した介護予防ケアプラン原案について、利用者を中心として、各々の立場から意見を述べ、修正しつつ、介護予防ケアプランの原案を最終決定します。

④会議の開催時期

- ・ケアプラン作成時
- ・臨時的開催（利用者の状態等に変化がある時など）

⑤会議の記録

サービス担当者会議の内容や、事業所、市、利用者等との連絡や相談内容を「介護予防ケアマネジメント経過記録」に記載します。

＜４＞利用者への説明・同意

- ・サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得ます。

＜５＞ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- ・本人の同意を得て、包括センターよりケアプランをサービス事業者にも交付します。
- ・ケアマネジメントＣの場合は、ケアマネジメント結果を利用者に交付し、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て、包括支援センターから送付します。
- ・住民主体通いの場や短期集中予防サービスを利用する場合は、介護予防手帳を交付し、利用者のセルフケアマネジメントの必要性についても説明します。

＜６＞サービス利用開始

- ・サービス事業者に対し、ケアプランに基づき、適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。

＜７＞モニタリング【給付管理】（ケアマネジメントＡのみ）

- ・ケアマネジメントＡの場合は、介護予防支援と同様に、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

て面接します。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います。

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します。

モニタリングの実施状況については、「介護予防ケアマネジメント経過記録」に随時内容を記載します。

- ・ケアマネジメントCの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者から包括センターへ情報が入る体制を作っておきます。

『モニタリングの視点』

- ①利用者の生活状況に変化がないか。
- ②プランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がされているか。
- ③個々の提供サービス等の支援内容が、適切であるかどうか。
- ④利用しているサービスに対して利用者が満足しているか。
- ⑤その他、介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

＜8＞評価（ケアマネジメントAのみ）

- ・ケアマネジメントAについては、設定したケアプランの実施期間の終了時に、プラン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、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

『評価の視点』

	要支援	事業対象者
改善	変更申請 ・要支援2→要支援1へ ・要支援1→事業対象者へ	セルフケアで日常生活が成立するため、総合事業の利用を終了
	セルフケアで日常生活が成立するため、総合事業の利用を終了	一般介護予防事業へ移行
	一般介護予防事業へ移行	
維持	サービス・活動事業の利用を継続	
悪化	変更申請等 ・要支援1→要支援2へ ・要支援→要介護へ	要支援・介護認定を申請

表1 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排泄の自立、TPOに応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動等	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除、洗濯・ゴミ捨て等の家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持等	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをする、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回り等の仕事、ボランティアや奉仕活動等人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事等自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運動する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニケーションライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流会・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

（介護予防マニュアル改訂委員会（2011. 3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

[3] 介護予防ケアマネジメントにおける留意点

○要支援認定者等の特性をふまえたアプローチ

要支援者等に関するケアマネジメントにおいては、ADL や IADL の確認とともに、「できる」能力や実際に「している」行為を客観的に見極めることが必要です。

高齢者が単に「できない」と言葉にすることについても、できる能力はあるがする意欲が持てない結果「できない」のか、行為としてただ「していない」だけなのか、今は痛みがあるから「できない」だけなのか、事実を確認していくことが大切です。単に要望に沿ったサービス提供は廃用症候群の進行を防止できないだけでなく、サービスの依存も生み出していく場合があります。「高齢者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを基本として、「できない」部分をサポートしながら、「できるようになる」ために必要なことを考え、高齢者の行動変容に繋がる動機づけへの支援を常に考えることが必要です。

そのためには、要支援認定者や事業対象者の ADL や IADL の状況、現病歴や既往歴の理解、健康管理の方法、家庭・地域内の環境、利用者の生活状況や生活史、趣味や関心事、生活、価値観、経済面とさまざまな情報をキャッチし、整理しながらアセスメントし、高齢者本人の興味や関心に基づいた生活目標を、本人とともに決定することが重要です。

また、高齢者の介護予防・重度化防止の推進のためには、社会参加の機会をもつことが重要です。高齢者本人の興味や関心のある取り組みが、地域で行われている場合もありますので、包括支援センターが把握している情報や、『生きがい探しのすすめ(宇治市発行冊子)』などを確認し、社会参加を支援していきます。

高齢者本人から、「したい、してみたい」という具体的な意欲を引き出すことが難しい場合は、『表2 日常生活チェックシート』を活用し、本人も忘れていた興味や関心に気づき、それを目標にできる場合もあるので、必要に応じて活用します。

○健康管理や疾病管理の必要性への理解

高齢者は、加齢に伴い様々な機能が低下していきますが、ライフスタイルや健康管理の方法等によって大きな差が生じます。要介護状態になることをできる限り防ぐには、高齢者自身が疾病管理や健康の維持増進に向けた取組に関心を持ち、生活機能の低下を招かないための日々の暮らし方を具体的にイメージできることも大切です。

また、介護予防ケアマネジメントを実施する上においては、生活習慣病の悪化防止や新たな疾病の発生予防のために、

- | | |
|------------------|------------------|
| ①適切な食生活を送ること。 | ⑤適度な睡眠を得ること。 |
| ②適度な運動を行うこと。 | ⑥現病歴に関する病識をもつこと。 |
| ③適切な水分摂取を行うこと。 | ⑦疾病管理を行うこと。 |
| ④適切な排泄が行われていること。 | |

など、以上のようなことについて確認し、必要に応じて主治医等とも連携し、心身機能の悪化防止に努めていくよう、助言していくことも重要です。

医療面の知識が弱いと感じる場合は、包括センターの保健師等に健康管理や疾病管理で見逃してはならない視点を相談しながら、介護予防ケアマネジメントを進めていきましょう。

○利用者のセルフマネジメントについて

『地域包括支援センター、居宅介護支援事業所』

介護予防ケアマネジメントを担う包括センター（委託する場合は居宅介護支援事業所）においては、本人の意欲を引き出す生活目標の設定や住民主体の支援の重要性について理解し、セルフマネジメントにつなげるために、本人の思いや意欲を引き出す関わりや、必要なサービスを主体的に選択できるような支援によって、本人がケアマネジメント結果を「自分のプラン」と認識できるよう本人の思いや希望が反映されたものとするのが求められます。

特にケアマネジメントCについては、ケアプラン結果を交付した後は、モニタリングは行わず、本人が自身でその内容に沿って、介護予防の活動を行い、セルフマネジメントを進めることになります。その時点で、包括センター等の個人へ関わりは一旦終了しますが、その後も本人の状況が変化したときや、困りごとができたときには、安心して相談できる体制を確保しておくとともに、本人及び家族へ介護予防におけるセルフマネジメントの重要性について伝えておく必要があります。

『高齢者本人と家族』

ケアマネジメント結果に基づき、本人が自分の健康づくり、介護予防の活動について、主体的に取り組む姿勢を持っていただくことが必要です。

その上で、疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を、本人が理解して家族や周囲に伝えておくことや、状況が変化した場合や困りごとが発生した場合に、包括センターに相談するという意識を醸成していくことも合わせて必要です。

『介護予防手帳』

介護予防手帳は、セルフマネジメントの推進を目的として作成しており、利用者自身が自身の目標や取組、達成状況を自分で確認、周囲と共有しながら評価していくための記録として活用します。

○多職種連携の視点（自立支援型ケア会議の活用）

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、総合事業のサービス事業利用者等についても自立支援型ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も進めていくことが望ましいです。

表2 日常生活チェックシート

	日常生活行為	心配なく出来る	何とか出来る	したいが出来ない	自分の役割ではない
1	浴槽への出入り（入浴）				
	体を洗う				
	洗髪する				
2	更衣（上衣、下衣、ボタン、靴下）				
3	化粧・髭剃り（整容）				
	整髪				
	爪切り				
4	部屋に掃除機をかける				
	トイレ・風呂掃除				
5	洗濯・洗濯物取り込み				
6	買い物（食材・日用品）				
7	調理・後片付け				
8	ゴミ出し				
9	家や庭などの手入れ				
10	服薬管理				

	趣味・余暇活動	やっている	興味がある	以前やっていた		趣味・余暇活動	やっている	興味がある	以前やっていた
1	外食・ショッピング				16	畑仕事・家庭菜園・園芸			
2	読書				17	日曜大工			
3	生涯学習				18	散歩・体操・運動			
4	俳句				19	ダンス・踊り			
5	書道・習字				20	お参り・墓参り			
6	お茶・お花				21	知人とのおしゃべり			
7	絵を描く				22	旅行・温泉			
8	パソコン				23	地域活動（町内会・喜老会等）			
9	写真				24	ボランティア			
10	編み物・針仕事				25				
11	歌・カラオケ				26				
12	音楽を聴く・楽器演奏				27				
13	将棋・囲碁・麻雀				28				
14	映画・観劇・演奏会				29				
15	スポーツ観戦				30				

(2) 訪問型サービス（第1号訪問事業）

サービス 種別	訪問介護相当サービス	生活支援型訪問サービス (訪問型サービスA)
サービス 内容	・ 掃除、買い物代行、調理、洗濯等の生活援助（老計10号の範囲内） ・ 入浴介助、外出介助、服薬介助、自立生活支援のための見守りの援助等の身体介護	掃除・買い物代行・調理・洗濯等の生活援助（老計10号の範囲内）
利用者 の状態像	・ 認知機能の低下、精神疾患等により専門的なケアが必要な方 ・ 身体介護が必要な方	買い物や調理、掃除等の日常生活内の支援が必要な方
サービス 提供の 考え方	60分以上を想定 (提供に必要な時間)	60分以内
サービス 提供者	訪問介護事業者の従事者	訪問介護事業者の従事者 (宇治市生活支援員含む)
実施方法	事業者指定	事業者指定
サービス 単価	・ 本体報酬 月額包括報酬 (Ⅰ) 1,176 単位 (Ⅱ) 2,349 単位 (Ⅲ) 3,727 単位 ・ 1 単位＝10.42 円	・ 本体報酬 1 回あたり単価 232 単位 ・ 1 単位＝10 円

(※令和 7 年 4 月時点)

サービス種別	住民主体型生活支援 (訪問型サービスB)	訪問型 短期集中予防サービス (訪問型サービスC)	移動支援 (訪問型サービスD) ※現在調整中
サービス内容	住民主体の自主活動として行う生活援助等 ①NPO、ボランティア等による掃除、洗濯、買い物援助など簡易な支援(老計10号の範囲内) ② 居宅での自立生活の継続の観点から必要とする「話し相手(対話や傾聴)」、「見守り」等	作業療法士または理学療法士、歯科衛生士、栄養士、看護師などの専門職が 短期間に集中的に 訪問して、健康相談および、運動・栄養・口腔ケア指導などを実施	①通院や買い物等をする場合における送迎前後の付き添い支援(目的地における介助は対象外) ②通所型サービスや一般介護予防事業への送迎(ただし、別主体の実施に限る)
利用者の状態像	簡易な一部の支援により日常生活が保てる方	- 初期の生活不活発病により心身機能が低下し、生活機能の改善に向けた支援が必要な方 - 生活の変化等により生活機能が低下し、閉じこもりとなっている方	簡易な一部の支援により日常生活が保てる方
提供頻度 提供時間	- 週2回まで 60分以内	1回60分程度 3か月間(最長6か月) - 最大10回 ※通所型短期集中予防サービスとの併用の場合は、最大2回まで	概ね週1回
サービス提供者	ボランティア主体 (健康長寿サポーター等) 【※1】健康長寿サポーターについては、P24 参照	- 市が実施主体 - 専門職(保健師・看護師、理学療法士・作業療法士、栄養士、歯科衛生士)が実施	社会福祉法人、ボランティア、NPO など ※実施主体が運送料を徴収する場合、福祉有償運送の登録が必要
利用者負担	実施団体ごとに設定	無料	- 道路運送法上の登録のない団体 ⇒ 無料 - 道路運送法上の登録のある団体 ⇒ 実施団体により設定
その他	【申し込み先】 実施団体 ※巻末チラシ参照	【申し込み先】 宇治市長寿生きがい課 ※巻末チラシ参照	

(3) 通所型サービス（第1号通所事業）

サービス 種別	通所介護相当サービス	短時間型通所サービス （通所型サービスA）
サービス 内容	送迎、レクリエーション、入浴、機能訓練、食事等	機能訓練等
利用者の 状態像	長時間の専門的なケアが必要な方	運動器機能訓練を中心とした短時間サービスを継続的に利用することで、身体機能の維持・向上が見込まれる方
サービス 提供の 考え方	原則5時間以上	2時間以上5時間未満
サービス 提供者	通所介護事業者の従事者	通所介護事業者の従事者
実施方法	事業者指定	事業者指定
サービス 単価	・ 本体報酬 月額包括報酬 週1回利用 1,798 単位 週2回利用（要支援2に限る） 3,621 単位 ・ 1 単位＝10.27 円	・ 本体報酬 1 回あたり単価 328 単位 ・ 1 単位＝10 円

サービス種別	住民主体型通いの場活動支援 (通所型サービスB)	通所型短期集中予防サービス (通所型サービスC)
サービス 内容	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	・運動指導、栄養指導、口腔ケア指導等を複合的に実施する通所型サービス ・原則、教室開始前後に、理学療法士または作業療法士による訪問指導を併用して実施 ・送迎付き（無料）
利用者の 状態像	介護予防のため、比較的短時間の運動や交流等による機会の確保が必要な方 ①簡易な支援で日常生活が保てる方 ②閉じこもりがちな方 ③専門職による支援・関与の必要性が低い方 ④心身の状態が安定しているが継続的な関わりが必要な方	・初期の生活不活発病により心身機能が低下し、生活機能の改善に向けた支援が必要な方 ・生活の変化により生活機能が低下し、閉じこもりとなっている方 ・短期集中的な介入により改善が見込まれる方
提供頻度 提供時間	・2時間程度の心身活性化のための活動 ・概ね週1回程度の活動 ・プログラムに介護予防のための体操等を実施 ・社会福祉法人等の後方支援により実施	・週1回、全10回（約3か月間） ・1回1時間30分 ※原則、訪問指導を最大2回実施
サービス 提供者	ボランティア主体 (健康長寿サポーター【※1】等)	・委託事業所（宇治市福祉サービス公社） ・専門職（理学療法士・作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士、看護師）が実施
利用者負担	実施団体により設定	無料
その他	【申し込み先】 実施団体 ※巻末チラシ参照	【申し込み先】 宇治市長寿生きがい課 ※巻末チラシ参照

【※1】健康長寿サポーターは、高齢者に対してちょっとした身の回りの生活支援（掃除や買い物等）や通いの場等のボランティア活動をされる方として、市が養成しています。

(4) 一般介護予防事業

○介護予防把握事業

事業名	内容	開催状況等
介護予防把握事業	閉じこもり等の何らかの支援を要する者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動及び地域包括支援センターへつなげる。 対象者：当該年度 75 歳になる者で、介護認定を受けていないかつ過去に長寿生きがい課介護予防事業に参加していない者を対象に「お元気チェックリスト」を送付する。回答を返送してもらい、生活機能低下がみられる者、未返送者に訪問を実施する。	通年

○介護予防普及啓発事業

事業名	内容	開催状況等
はつらつトレーニング教室	運動の継続と仲間づくりを目指す教室（運動に加え、栄養やお口の健康、認知機能低下予防等を組み合わせた内容を実施）	市内 14 会場 週 1 回全 20 回 申し込み制【※2】
パワリハトレーニング教室	高齢者向けのトレーニング機器等を使った教室	市内 2 会場 週 2 回全 20 回 申し込み制【※2】 送迎あり（要相談）
スロートレーニング教室	自宅で楽に取り組めるストレッチ体操や足の筋力トレーニング等を行う教室	市内 6 会場 週 1 回全 20 回 申し込み制【※2】 送迎あり（要相談）
あたまイキイキ教室	認知症を正しく理解し、ゲーム等を通じて心身を刺激し、脳を活性化する教室	市内 8 会場 週 1 回全 20 回 申し込み制【※3】
幸齢者健康づくり教室	レクリエーションや体操等、参加者同士の交流を通じて生活機能の低下を予防する教室	市内 8 圏域で開催 基本各会場毎月 1 回 一部事前予約制
セルフパワリハ	健康運動指導士等専任の指導者のもと高齢者向けのトレーニング機器を使った運動を自身で実施する教室	市内 2 会場：黄檗体育館、 広野地域福祉センター 使用は登録制【※4】 実施時間等は会場ごとに設定
B 型リハビリ教室	閉じこもり予防のための教室	市内 20 小学校区で開催 週 1 回 詳細は社会福祉協議会へ

【※2】参加者募集は、市政だより（8月15日号・2月15日号）に掲載予定。

【※3】参加者募集は、市政だより（9月1日号・3月15日号）に掲載予定。

【※4】初回時のみ指定の登録証発行日（申し込み制）に参加が必要。

○地域介護予防活動支援事業

事業名	内容	開催状況等
宇治市介護予防に資する通いの場活動支援事業補助金	介護予防に資する通いの場の活動支援事業を概ね週 1 回 実施するボランティア団体等に対し、その活動を支援するため補助金を交付する。	通年
ボランティア研修会	一般介護予防事業の参加者を支援するボランティアを育成するための研修	年 4 回以上の開催 詳細は社会福祉協議会へ

○地域リハビリテーション活動支援事業

事業名	内容	開催状況等
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防に資する通いの場を運営する地域団体等に対し、リハビリ等専門職の派遣を行う。	1 団体につき年 2 回まで 通年

○認知症地域支援事業

事業名	内容	開催状況等
認知症あんしんサポーター養成講座	認知症の人や家族を支援する認知症サポーターの養成	通年実施。詳細は中宇治地域包括支援センター（認知症コーディネーター）へ

※ 事業・教室等の詳細は、長寿生きがい課までお問い合わせください。

7. サービスの併用について

併用するサービス

現在利用しているサービス

		訪問型サービス					通所型サービス			
		介護相当	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	訪問型サービスD	介護相当	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC
訪問型サービス	訪問介護相当サービス		×	×	○	×	○	○	○	○
	生活支援型訪問サービス (訪問型サービスA)	×		×	○	○	○	○	○	○
	住民主体型生活支援 (訪問型サービスB)	×	×		○	○	○	○	○	○
	訪問型短期集中予防サービス (訪問型サービスC)	○	○	○		○	○	○	○	○
	移動支援 (訪問型サービスD)	×	○	○	○		○	○	○	○
通所型サービス	通所介護相当サービス	○	○	○	○	○		×	△	×
	短時間型通所サービス (通所型サービスA)	○	○	○	○	○	×		△	×
	住民主体型通いの場活動支援 (通所型サービスB)	○	○	○	○	○	△	△		△
	通所型短期集中予防サービス (通所型サービスC)	○	○	○	○	○	×	×	△	

※一般介護予防事業（B型リハビリ教室を除く）は、いずれのサービスとも併用利用可能。

※住民主体型通いの場（通所型サービスB）については、状況によりその他の通所型サービスとの併用利用が可能。

8. 様式集

- ①介護予防・日常生活支援総合事業 対象者認定申請書
- ②宇治市版【総合事業聞き取り票】
- ③宇治市版【総合事業基本チェックリスト】
- ④基本チェックリストについての考え方
- ⑤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
- ⑥利用者基本情報 参考
- ⑦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） 参考
- ⑧介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者
会議の要点含む） 参考

- ⑨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 参考

- 巻末 ・住民主体型サービス（通所型B・訪問型B）案内チラシ
・短期集中予防サービス（通所型C・訪問型C）案内チラシ

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者認定申請書

宇治市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0.0.0.	個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		
	申請区分	新規 ・ 更新 ・ 移行		
	前回の要支援 認定等の結果	事業対象者 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護		
	*更新・移行の 場合のみ記入	(前回有効期間) 年 月 日 から 年 月 日		
	希望する サービス	☐ 通所型サービス ☐ 訪問型サービス ☐ 未定		
担当の地域包括 支援センター	東宇治北／東宇治南／南部・三室戸／中宇治／横島／北宇治／西宇治／南宇治			

*介護予防・日常生活支援総合事業の利用にあたって、お住まいの地域を担当する地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行い、サービス利用のための計画作成にあたります。その際に、ご本人様の氏名、住所、生年月日等の基本情報のほか、基本チェックリストの実施結果、聞き取り票の情報及び認定結果が必要となります。

☐ 以上の趣旨について了解し、私の「住所、氏名、性別、生年月日、連絡先」等の基本情報、基本チェックリストの結果、聞き取り票の内容及び認定結果について、担当地域包括支援センターに提供することに同意します。

☐ 本申請については、下記の提出者に委任します。

被保険者氏名(自筆)

提出者

氏 名	本人との続柄
住 所	〒 電話番号

【以下、市確認欄】

番号	身元	代理権
☐ 個人番号カード	☐ 免許証 ☐ CM ☐ その他()	☐ 委任状 ☐ その他()
☐ 通知カード	☐ 被保険者証(割・限)	
☐ その他()	介護・後期・国保 ☐ その他()	

☐ 基本チェックリスト添付	判定結果	特記事項	課長	係長	担当
基本チェックリスト実施日 年 月 日	該当 ・ 非該当				

記入日	年 月 日	相談者	☐ 本人 ☐ ()
被保険者番号	0 0 0	被保険者氏名	

①年齢

☐ 65歳以上☐ 65歳未満

②相談内容

〈5段階評価で記入〉

		5	4	3	2	1	
相談内容についての緊急性は?	大至急	●	●	●	●	●	急ぎではない
相談ごとの改善の見込みは?	改善の見込みない	●	●	●	●	●	すぐに解決する見込みがある
物忘れの自覚は?	物忘れが多い	●	●	●	●	●	物忘れはない

〈具体的な相談ごと〉

☐ 通いの場に行きたい	☐ 手すりがほしい、住宅改修希望
☐ 寂しい	☐ ベッド、車いすを借りたい
☐ 掃除や買い物の支援を受けたい	☐ デイサービスに行きたい
☐ 集中的なリハビリを受けたい	☐ リハビリに通いたい
☐ 保健指導を受けたい	☐ 体調管理が心配
☐ 不測の事態に備えておきたい	☐ 施設に入所したい

〈コメント〉

③サービス内容

☐ 総合事業

・現行相当の訪問・通所介護
 ・ボランティアによる家事の支援
 ・運動・レクリエーションなどの通いの場
 ・短期集中的な指導、予防事業

☐ 介護給付・予防給付

(⇒要介護・要支援認定の申請)

・在宅介護サービス
 ・施設入所
 ・地域密着型サービス

☐ その他

・一般の介護予防事業
 ・サロン・サークル
 ・認知症予防教室

など

④基本チェックリストの実施

☐ 該当(⇒事業対象者の申請)☐ 非該当

【市確認欄】

1～5	6～10	11～12	13～15	16	17	18～20	1～20	21～25
	3	2	2	1		1	10	2

被保険者番号	000	実施日	年 月 日
氏 名		生年月日	大正・昭和 年 月 日

No	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	O. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	O. はい	1. いいえ
3	預貯金のおし入れをしていますか	O. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	O. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	O. 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	O. 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	O. はい	1. いいえ
8	15分間位続けて歩いていますか	O. 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	O. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	O. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	O. いいえ
12	身長(cm) 体重(kg) (*BMI 18.5未満なら該当) * BMI (=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	O. いいえ
13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1. はい	O. 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	O. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	O. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	O. 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	O. 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言われますか	1. はい	O. 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	O. 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	O. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	O. 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	O. いいえ
23	(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	O. 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	O. 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	O. いいえ

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	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。
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ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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ヵ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	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。
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カ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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	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)以前は楽に出来ていたことが今で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	

宇治市 居宅(介護予防)サービス計画作成 依頼(変更)届出書
介護予防ケアマネジメント

		区 分	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
		生年月日	性別
		年 月 日	男・女
居宅(介護予防)サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者 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			
事業者の事業所名 地域包括支援センター名		事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		住 所	
		電話番号	
依頼(変更)年月日		事業者の事業所番号	
令和	年 月 日		
居宅介護(介護予防)支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください			
(看護)小規模多機能型居宅 介護の利用開始月における 居宅サービス等の利用の有無	※小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス (居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜 間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用 型)に限る。)の利用の有無を記入してください。		
☐ 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス:) ☐ 居宅サービス等の利用なし			
宇治市長 あて 上記の { () 居宅介護支援事業者 () 介護予防支援事業者(地域包括支援センター) () 小規模多機能型居宅介護(予防)支援事業者 () 看護小規模多機能型居宅介護支援事業者 に居宅(介護予防)サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)するこ とを届出します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 電話番号 () 氏名			

市記入欄

受付印	受付者	確認欄
		☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 居宅介護支援事業者事業所番号 ☐ 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号 ☐ 小規模多機能型居宅介護(予防)事業者事業所番号 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号

(注意) 1. この届出書は、要介護・要支援認定の申請時に、もしくは居宅(介護予防)サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに宇治市へ提出してください。
 2. 居宅(介護予防)サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず宇治市に届出を行ってください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
 3. 介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する場合で、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。

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 ()					
ﾌﾘｶﾞﾅ 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	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		続 柄				
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表）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

N.○ 利用者名 氏 姓 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 地域支援事業

計画作成者氏名 計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日） 委託の場合：計画作成者専業主業・事業所名及び所在地（連絡先） 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)		☐ 有 ☐ 無					()					
(日常生活(家庭生活)につ いて)		☐ 有 ☐ 無					()					
(社会参加、対人関係・コ ミュニケーションについ て)		☐ 有 ☐ 無					()					
(健康管理について)		☐ 有 ☐ 無					()					

健康状態について
☐主治医意見書、健康結果、検査結果等を添えた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
【本来行うべき支援が実施できなかった方針】

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	物忘れ	うつ
予防	予防	予防	予防	予防	予防

予防給付または地域支援事業

【意見】
地域包括支援センター

【連絡印】

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 印

[illegible]

※1 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)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の発露の変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、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)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

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(障種)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

評価日

利用者名 殿

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

地域包括支援センター意見	
総合的な方針	☐ 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



介護予防・日常生活支援総合事業

住民主体型

サービス

(通所型 B・訪問型 B)

地域住民オリジナルの通いの場

笑顔が溢れる通いの場



心を込めて、ちょっとした困りごとをサポート
何よりも、地域のつながりを大切に活動



通所 B : 元気高齢者の通いの場

団体名	所在地	開催曜日・時間	特徴	連絡先
つどいの笑舞利 (えまり)	宇治壱番 23 放課後デイサービス Calm	毎週月曜日 午前 10 時～正午	広い会場で吹き抜け 解放感たっぷり アットホームな通いの 場。いつも笑顔が会 場に舞っています。	(社福) 不動 園 21-4500
住民主体通所型 サービスおこしやす	木幡北山畑 23 ハーモニーやまはた	毎週火曜日 午前 10 時～正午	(社福) ぐらしのハー モニ-介護予防拠点 での通いの場 楽しいレクリエーション が盛り沢山	(社福) ぐらしの ハーモニ- 38-2810
温かなご用聞きねっと 「たんぽぽ」	木幡御園 20-152 御蔵山商店街 中程	毎週火曜日 午後 2 時～4 時	御蔵山商店街の 空き店舗を活用した 地域密着型の通いの 場	温かなご用聞き ねっと「たんぽぽ」 31-4985
住民主体通所型サー ビス「かがやき」	小倉町山際 63-1 西小倉地域福祉 センターデイルーム	毎週木曜日 午前 10 時～正午	誰もが、生き生き光 輝くようにと名付けら れた通いの場 一人ひとりが主人公	かがやき 代表 河元
通いの場 里庵 (リアン)	宇治妙楽 41 大阪屋マーケット内	毎週水曜日 午前 10 時～正午	スマホ、タブレット端 末を使用するなど、 ICT を取り入れた 通いの場	代表 日野 070-4811- 1311
通いの場 陽だまり	五ヶ庄戸ノ内 19- 1 あいらの杜宇治五 ヶ庄 地域交流ス ペース	毎週水曜日 午前 10 時～正午	広々とした明るい会 場 あたたかい「陽だまり」 の中にあるような通い の場	代表 和智 080-3110- 8062
通いの場 「なっちゃんファーム」	榎島町大幡 64	1～4 週 日曜日 午後 1 時 30 分～3 時	農家ででの園芸を取り 入れた通いの場 皆で育てた野菜で美 味しいおもてなし	代表 中西 090-9548- 2827
みんなの平盛	大久保町平盛 91-3「平盛小学 校内」	毎週火曜日 午後 1 時 30 分～3 時 30 分	平盛小学校内で行 われている、『みんな の居場所』	代表 矢野
通いの場花おり	伊勢田町遊田 41-23	金曜日 10 時～正午	フラワーロスの花を活 用したアレンジメント 等を中心とした通い の場	代表 中田 24-8783

□住民主体通所型サービス（通所 B）とは

介護予防と社会参加

- ◆体操、認知症予防などの介護予防に資する活動や楽しいレクリエーション、茶話、歌など
- ◆仲間づくり

まずは、見学・体験を！

～住民がつくり、みんなで育てる通いの場～

超高齢社会を迎え、介護事業者などの専門家だけでなく、地域全体で高齢者を支えていく仕組が求められています。その仕組のひとつで、**地域の住民が主体となって運営する「通いの場」**です。そこでは、介護予防のための運動やレクリエーションなどを行います。対象は**要支援 1・2 の方や基本チェックリスト該当者**ですが、団体の受け入れに余裕があれば一般参加者として元気な高齢者なども参加できます。可能な限り、利用者、ボランティアの垣根を無くし、利用者も特技の発表や、講師となることもあります。送迎はありませんが、通うことだけでも介護予防につながります。

市はその立ち上げから運営までをサポートし、ともに活動を育てていきます。

□利用までの流れ

相談受付	利用者・家族
	↓
	地域包括支援センター・介護保険課
	↓
アセスメント	基本チェックリスト 要介護（要支援認定）申請
	↓
	団体へ受入可能かを確認
	↓
	見学・体験
	↓
ケアプラン作成	ケアマネジメント C
	↓
受入調整	団体との調整（ケアプランをもとに引き継ぎ、利用開始日の調整など）
	↓
	ケアプラン写しを長寿生きがい課へ提出
	↓
	利用開始 ※目標達成に向けて通います

訪問 B : ちょっとした困りごとのお手伝い、地域のつながりづくり

団体名	対象者	利用料	特徴	連絡先
温かなご用聞きねっ と「たんぽぽ」 	① 要支援 1、2 ② 事業対象者 ③ その他、団体が 必要と認めた 者	60 分：800 円～	地域のつながりを大切にした助け合い	温かなご用聞きねっ と「たんぽぽ」小野 090-3672-5745
母子草 (ははこぐさ) 	① 要支援 1、2 ② 事業対象者 ③ その他、団体が 必要と認めた者	30 分：300 円 60 分：600 円	「母子草」の花言葉は、温かい気持ち、無償の愛 いつも温かい気持ちを忘れません	080-2675-5719
サポートセンター きんと雲	① 要支援 1、2 ② 事業対象者 ③ その他、団体が 必要と認めた者	60 分：1,000 円	あなたのお困りごとにとんで行きます!!	090-6327-6789 090-6734-0297 https://www2.hp-ez.com/hp/kint/





□住民主体型生活支援（訪問 B）とは

地域とのつながりを大切にしたい支え合い

◆ごみ出し、買い物、掃除、話し相手（老計 10 号及び日常生活を維持するために必要な生活支援（身体介護は除きます。））

◆地域のつながりづくり

～住民の熱い思いで叶えた支え合い～

超高齢社会を迎え、介護事業者などの専門家だけでなく、地域全体で高齢者を支えていく仕組みが求められています。その仕組みのひとつで、**地域の住民が主体となって運営する「生活支援」**です。そこでは、ごみ出し、買い物など、ちょっとした困りごとの生活サポートを行います。対象は**要支援 1・2 の方**や**基本チェックリスト該当者**ですが、**団体の判断により必要があると認めた場合は利用できます。**

市はその立ち上げから運営までをサポートし、ともに活動を育てていきます。

□利用までの流れ

まずは、ご相談を！

相談受付	利用者・家族
	↓
	地域包括支援センター・介護保険課
	↓
アセスメント	基本チェックリスト 要介護（要支援認定）申請
	↓
	団体へ受入可能かを確認
	↓
ケアプラン作成	ケアマネジメント C
	↓
受入調整	団体との調整（ケアプランをもとに引き継ぎ、利用開始日の調整など）
	↓
	ケアプラン写しを長寿生きがい課へ提出
	↓
	利用開始

要支援１・２ もしくは 事業対象者の方のサービスです

費用無料

通所型短期集中予防サービス

「最近、動くとしんどい…」 「入院してから体力が落ちた…」 という方などを対象に、運動・栄養・お口の健康についてそれぞれのお身体や生活状況に応じたプログラムを計画し、短期間で集中的に専門職が関わり、サポートすることで、自立した生活の維持・改善を目指します。

回 数	【通所】週１回約３ヶ月間（全１０回）＋ 【訪問】最大２回	
会場（※）・曜日	東宇治地域福祉センター （毎週月曜日）	広野地域福祉センター （毎週金曜日）
時 間	午後（１回あたり約１時間３０分）	
送 迎	あり（無料）	
スタッフ	理学療法士または作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士、看護師	
内 容	○地域包括支援センター等が作成したケアプランに基づき、利用していただきます。 ○介護予防に効果的な取り組み（運動・栄養・お口のケアなど）を専門職がアドバイスします。  ストレッチ体操や 筋力トレーニングを 理学療法士（作業療法士） と一緒に実施します。 ○トレーニング終了後は、習得した内容をご自身で継続できることを目指します。 ○ご自宅を訪問し、自宅でもできる運動指導なども行います。	
申し込み方法	お住いを担当する地域包括支援センターへご相談ください	

（※）参加会場を選ぶことはできません。また会場が変更することがあります。

通所型短期集中予防サービスについてご質問は、下記までお問い合わせください。

<問い合わせ先>

宇治市 長寿生きがい課 地域包括ケア推進係

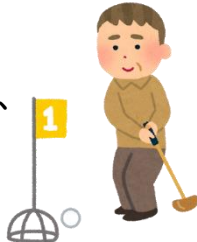
電話：２２－３１４１（代表）

要支援１・２ もしくは 事業対象者の方のサービスです

費用無料

訪問型短期集中予防サービス

これまでできていたけれど、ちょっと難しくなってきたこと、やめてしまったことはありませんか？いつまでも自分らしい生活を続けるために、自宅で専門職と一緒に、あなたに合った介護予防に取り組んでみませんか。

実施期間	3か月間
実施回数	最大 10 回
時 間	1 回あたり約 60 分
スタッフ	看護師、作業療法士・理学療法士、栄養士、歯科衛生士
内 容	○地域包括支援センター等が作成したケアプランに基づき、利用していただきます。 ○専門職がご自宅に訪問して、日常生活の様子を伺いながら、健康づくり・介護予防の取り組みについて、アドバイスをを行います。  自宅で行える運動の紹介、 日常生活動作に関する工夫 食事バランス・調理の工夫 健康管理の方法 など  ○毎日の生活の中で、もう一度やってみたいこと、できるようになりたいことを一緒に探して、専門職と一緒にチャレンジしていきます。 

地域包括支援センターの連絡先が分からない場合・・・

サービスについて聞きたい場合・・・

<問い合わせ先>

宇治市 長寿生きがい課 地域包括ケア推進係

電話：２２－３１４１（代表）

