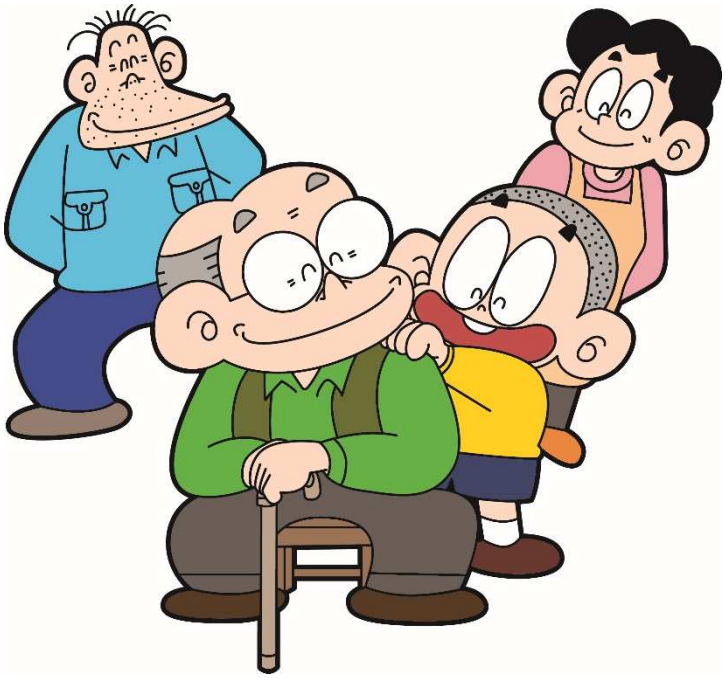
都城市介護予防支援・

介護予防ケアマネジメントマニュアル



都城市　健康部　いきいき長寿課　令和７年３月

介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（令和６年８月５日老発0８０５ 第４ 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（令和６年８月５日老振発０６０５第１号）を基に作成しています。

＜目次＞

はじめに　介護保険法の基本的な考え方　（P.1）

第1章　介護予防・日常生活支援総合事業について　（P.2～）
１総合事業の趣旨
２都城市の総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）
３総合事業と予防給付の利用の流れ
４介護予防支援・介護予防ケアマネジメントフロー図
５介護予防ケアマネジメントの類型

第2章　介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの考え方　（P.9～）
１介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方
２自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントのポイント

第3章　介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの進め方　（P.１１～）
１介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの流れ・フロー図
２介護予防支援・ケアマネジメントＡの実施の手順
３ケアマネジメントＢの実施手順
４ケアマネジメントＣの実施手順

第4章　介護予防支援　（P.１６～）
１対象者
２実施主体

第5章　介護予防ケアマネジメント　（P.16～）
１対象者
２実施主体

第6章　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事務の流れ　（P.19～）
１基本的な事務の流れ
２介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの給付管理
３住所地特例、非住所地特例について
４留意事項

第7章　多職種の視点　本市の取り組み（P.25～）
１都城市自立支援型ケア会議
２地域リハビリテーション活動支援事業
３都城市・三股町在宅医療・介護連携推進協議会

第８章　その他（P.25～）
（様式１）基本チェックリスト
（様式２）指定相当通所型サービス・元気アップデイサービス対象者判定チェックリスト
（様式３）興味・関心チェックシート

はじめに　介護保険法の基本的な考え方

介護保険法

(目的)

第一条　この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ**自立した日常生活を営むこと**ができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条　介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

２　前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

３　第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

４　第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その**有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように**配慮されなければならない。

介護予防とは…

①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ
(健康の保持増進)こと

②要介護状態になっても状態がそれ以上に
悪化しないようにする (改善・維持・悪化の遅延を図る)こと

■ その人の生活・人生を尊重し、
できる限り自立した生活を送れるように
支援すること即ち
「自立支援」（＝介護保険の基本理念）

R4.介護予防ケアマネジメント加速化事業
（厚生労働省）

第１章　介護予防・日常生活支援総合事業について

1. 総合事業の趣旨

○ 団塊の世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年以降、少子化を背景として生産年齢人口（現役世代）は減少し、医療・介護の専門職の担い手の確保は困難となる一方で、介護ニーズの高い 85 歳以上人口は令和 17（２０３５）年頃まで一貫して増加し、介護保険法（以下「法」という。）第 115 条の 45 第１項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）や介護サービスによる支援を必要とする高齢者は増加していく。加えて、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、市町村（特別区、一部事務組合、広域連合等を含む。以下同じ。）が中心となって、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住まいが包括的に確保される地域包括ケアシステムの一層の推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていくことが重要である。

○ 総合事業は、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ことにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としている。

○要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為（以下「ＩＡＤＬ」という。）の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為（以下「ＡＤＬ」という。）は自立している者が多い。このような要支援者等の状態を踏まえると、支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される。

○ そのため、要支援者等の多様な生活支援ニーズについて、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成 26 年法律第 83 号）第５条による改正前の法（以下「平成 26 年改正前法」という。）において全国一律の保険給付として提供されていた介護予防訪問介護及び介護予防通所介護（以下「旧介護予防訪問介護等」という。）を、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、旧介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービス・活動を総合的に提供可能な仕組みに見直された。

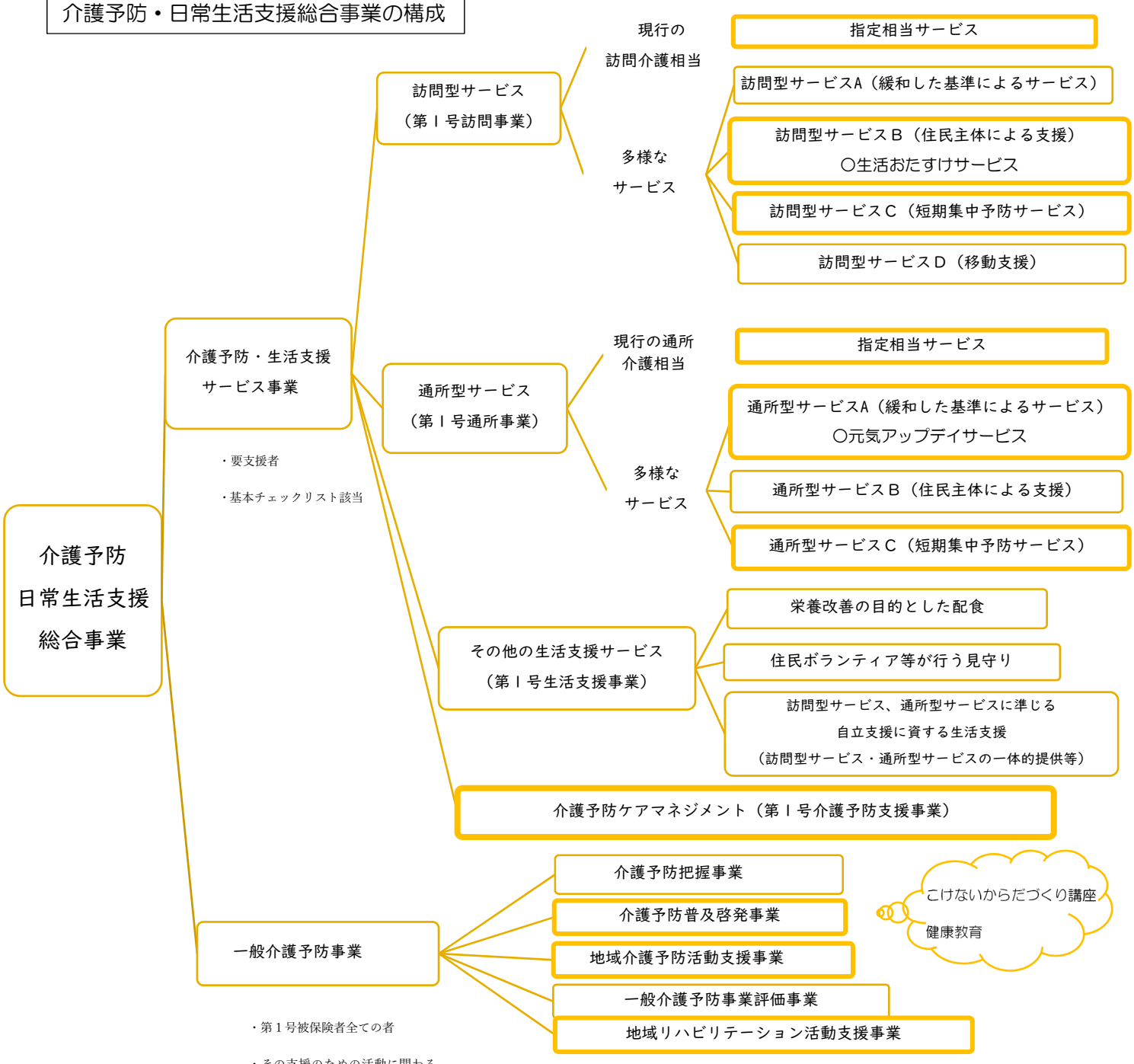
○ また、総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である。60 歳代、70 歳代をはじめとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っておらず、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていく。できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながる。（介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（最終改正：老発 0805 第４号令和６年８月５日）

2．都城市の総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）

総合事業は、要支援者等の要介護状態等となることを予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のために、介護予防・生活支援サービス事業（法第 115 条の 45 第１項第１号に規定する第１号事業）及び一般介護予防事業（法第 115 条の 45 第１項第２号に規定する事業）から構成されています。

都城市では、「住み慣れた地域のなかで支えあい、安心して生き生きと暮らし続けることができるまち」を基本理念とし、2025（令和７年）、2040（令和 22 年）を見据えた基本目標とします。基本理念の実現のためには、地域包括ケアシステムを深化推進し、地域支援事業等を効果的に実施することが大切です。（第９期　都城市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画　抜粋）

介護予防・日常生活支援総合事業の構成



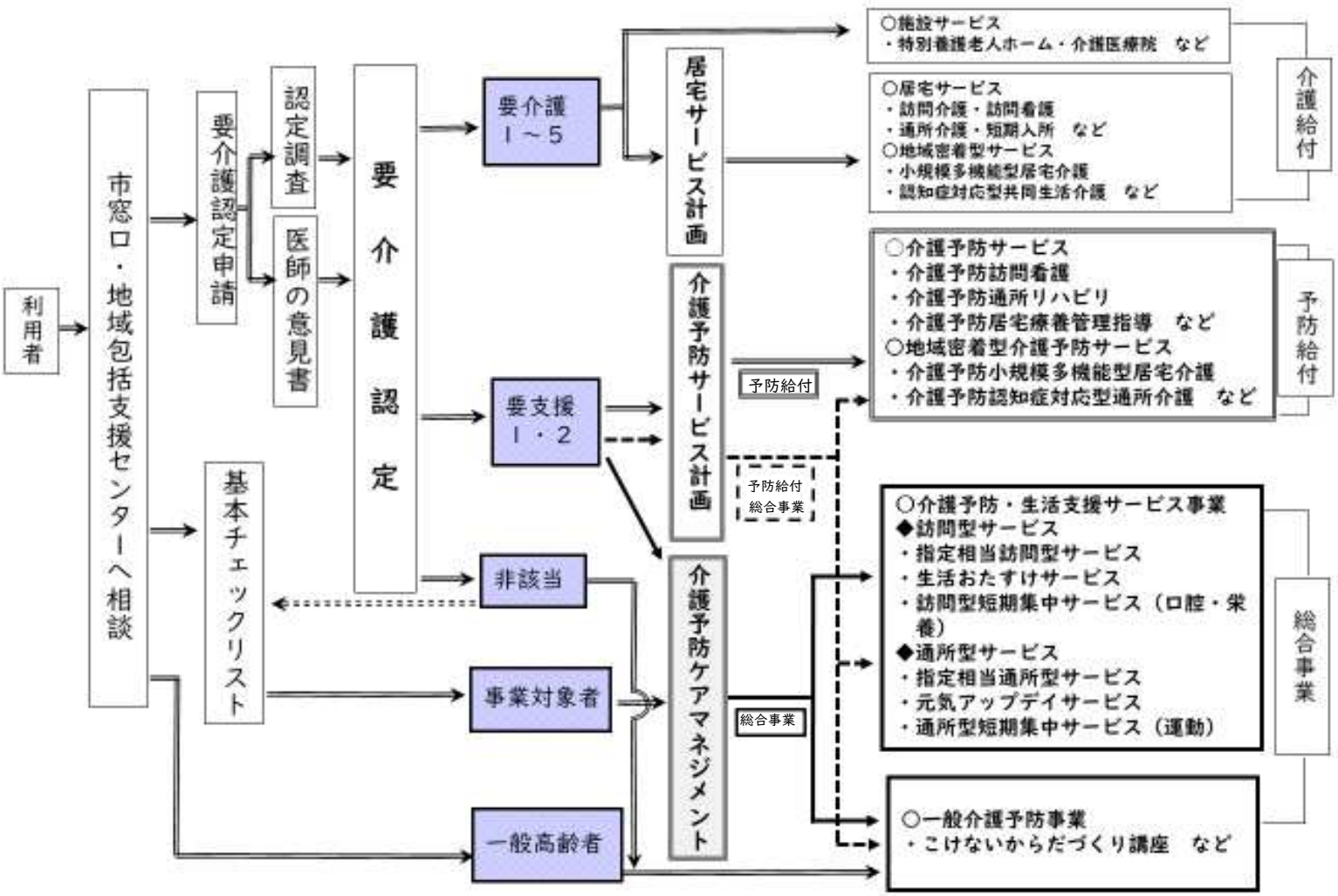
介護予防・生活支援サービス事業		
対象者	要支援１・２の認定を受けた方、基本チェックリストで事業対象者として判定された方	
訪問型サービス	指定相当訪問型サービス	ホームヘルパーに自宅を訪問してもらい、調理や掃除などを利用者と一緒に行うなど、利用者ができることが増えるような支援が受けられます。
	生活おたすけサービス	高齢者が自立した生活を継続し、要介護状態になることを防止するため、簡単な日常生活上の援助が受けられます。援助員の養成講座を受講した、住民ボランティアが訪問します。
	訪問型短期集中予防サービス（栄養・口腔）	専門職の指導の下、３か月間で栄養状態や口腔機能を改善するサービスが受けられます。
通所型サービス	指定相当通所型サービス	日常生活上の支援や訓練などが受けられます。
	元気アップデイサービス	指定した通所事業所等において、機能訓練及び調理や掃除、洗濯といった生活機能向上のためのトレーニングが受けられます。 （※元気アップチェックリスト　様式２）（P.30）
	通所型短期集中予防サービス（運動）	理学療法士または作業療法士の指導の下、３か月間で歩行や入浴、掃除や買い物など、日常生活に必要な動作を改善するための運動機能訓練が受けられます。

一般介護予防事業	
こけないからだづくり講座	自治公民館など、週 １ 回以上の筋力体操を行うことで健康寿命を延ばし、住み慣れた地域で生活できるよう支援します。
健康教育、健康相談	高齢者クラブ等、地域の団体から依頼のあった内容について講話や実技を行います。
対象者	65 歳以上の市民・団体

地域リハビリテーション活動支援事業　（詳細は P.25 をご覧ください。）

詳しくは、介護保険の手引きをご覧ください。

３．総合事業と予防給付の利用の流れ



要支援者に対する介護予防サービス・支援計画書作成業務は、「介護予防サービス計画（介護予防支援）」と「介護予防ケアマネジメント」の２種類があります。

○要支援者の場合

予防給付のみ　⇒　「介護予防サービス計画（介護予防支援）」

予防給付と総合事業　⇒　「介護予防サービス計画（介護予防支援）」

総合事業のみ　⇒　「介護予防ケアマネジメント」

○基本チェックリストにより「事業対象者」になった場合

事業対象者　⇒　「介護予防ケアマネジメント」

〇介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が行える事業の範囲

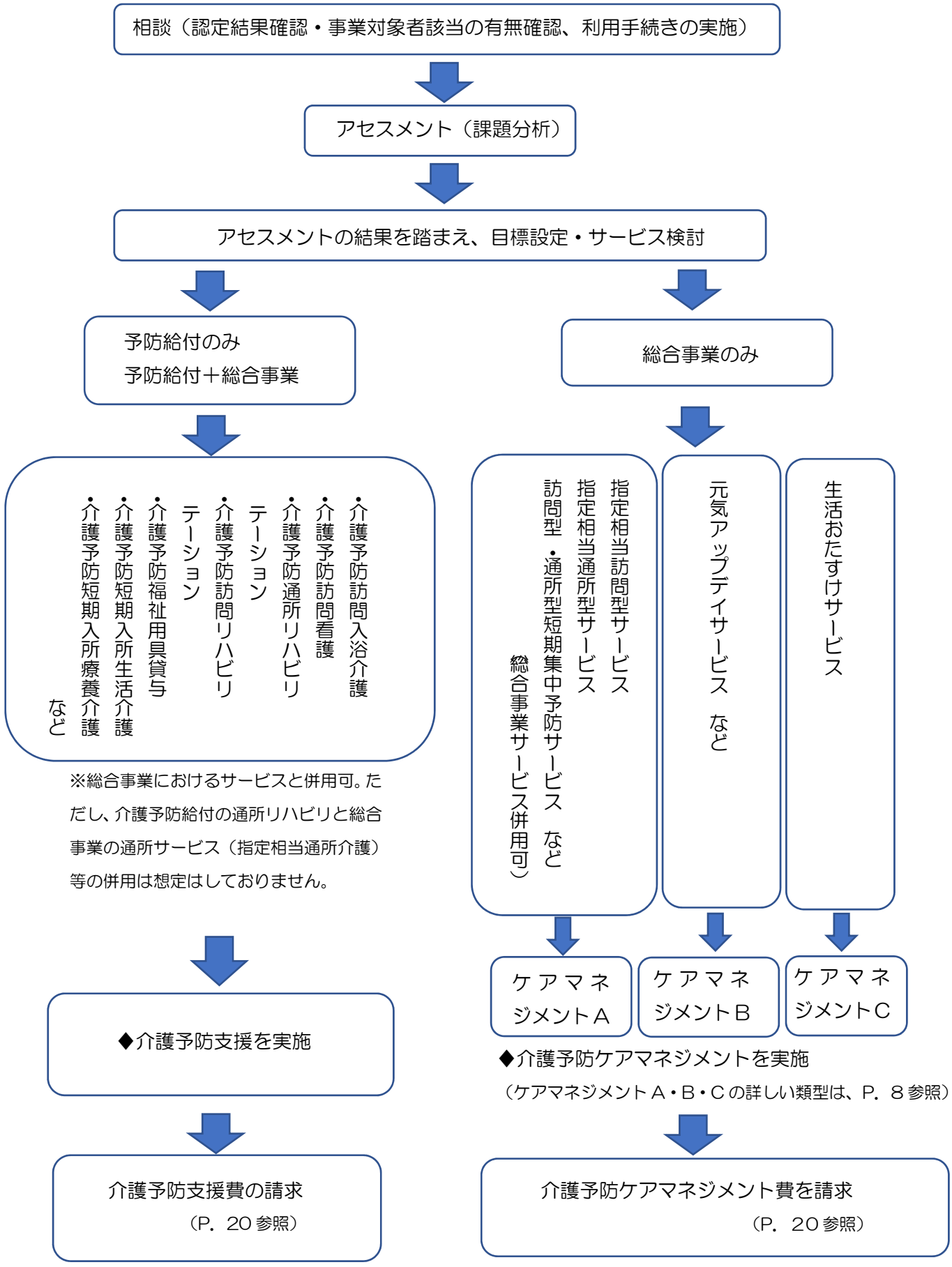
令和６年４月１日から施行された介護保険法の一部改正により、市から指定を受けた居宅介護支援事業所が、介護予防支援を実施できることになりました。介護予防支援の指定を検討するにあたっては、指定介護予防支援事業所が実施できる範囲があります。

種類	利用するサービス (ケアプランに位置付けるサービス)	実施の可否
介護予防 ケアマネジメント	介護予防・生活支援サービス　のみ	不可 ※地域包括支援センターからその業務の一部について委託を受けて、指定居宅介護支援事業所が行うことができます。
介護予防支援	介護予防・生活支援サービス　と 介護予防サービス　を　併用	可
介護予防支援	介護予防サービス　のみ	可

〇利用対象者とサービス内容について

	利用対象者	本市のサービス
介護予防・生活支援サービス	・事業対象者 ・要支援１ ・要支援２	指定相当訪問型サービス 指定相当通所型サービス 通所型短期集中予防サービス 訪問型短期集中予防サービス 元気アップデイサービス 生活おたすけサービス
介護予防サービス	・要支援１ ・要支援２	介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防福祉用具貸与 介護予防認知症対応型通所介護　等

4．介護予防支援・介護予防ケアマネジメントフロー図



5. 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントは、以下の３つの類型に分けて行います。

類型	ケアマネジメントＡ （介護予防支援に相当する介護予防ケアマネジメントをいう）	ケアマネジメントＢ （緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、サービス担当者会議等を省略したものをいう）	ケアマネジメントＣ （緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、基本的にサービス利用開始時のみ行われるものをいう）
サービスの種類	・指定相当訪問型サービス ・指定相当通所型サービス ・指定相当訪問型サービスと元気アップデイサービスの併用 ・指定相当通所型サービスと生活おたすけサービスの併用 ・複合型短期集中予防サービス ・通所型短期集中予防サービスと生活おたすけサービス ・訪問型短期集中予防サービスと元気アップデイサービス	・元気アップデイサービス ・元気アップデイサービスと生活おたすけサービスの併用	・生活おたすけサービス

第２章　介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの考え方

1. 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

〇介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、

「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと（遅らせる）」

「要支援状態になってもその悪化をできる限り防ぐこと」

のために、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。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、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・増進に向けた取組を行うことが重要です。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことも重要です。

このようなことから、総合事業における介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについては、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て、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業のほか、一般介護予防事業やセルフケア、家族や地域住民による支援、地域の団体等が提供するインフォーマルサービスを含めた利用について検討し、プラン（介護予防サービス支援計画書）を作成していくことになります。

介護保険法　(国民の努力及び義務)

第四条　**国民は、自ら要介護状態となることを予防する**ため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常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おいても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

２　国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

2. 自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントのポイント

自立に向けて支援するためのケアプランにおいては、明確な目標設定と本人との意識の共有が重要です。総合事業では、多様な主体が多様なサービス活動の実施主体となります。（社会福祉法人、社会福祉協議会、介護サービス事業所、民生委員等）また、高齢者自身が担い手として活躍することで、生きがいや介護予防につながるものもあります。このような幅広い関係者が支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要です。

また、総合事業のサービス・活動実施におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要があります。

そのためには、①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなっていること）で②介護予防に一定期間（例：３か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして③それが達成されたかどうかが具体的にモニタリング評価できる目標とすることが望ましいです。もちろん、設定された目標はサービス・活動の実施者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければなりません。

生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合も少なくないと思います。その際には、ケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気付くヒントを得るためのツールとして、「興味・関心チェックシート」（様式３）（P. 31）の活用も一つの方法です。

利用者のニーズや生活行為の課題等を踏まえ、多職種から自立に資する助言をもらいながら、課題を解決することで重度化防止を図ることも大切です。（ケア会議等）

第３章　介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの進め方

１．介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの流れ・フロー図

（１）相談

（２）アセスメント

（３）介護予防サービス・支援計画書（原案）作成

（４）サービス担当者会議の開催

（５）介護予防サービス・支援計画書の説明及び同意、交付

（６）サービスの利用

（７）モニタリングの実施

（８）評価

必要に応じて → 要介護認定

必要に応じて → 終結

〇ケアマネジメントの過程

	介護予防支援	ケアマネジメントＡ	ケアマネジメントＢ	ケアマネジメントＣ
アセスメント	〇	〇	〇	〇
介護予防サービス・支援計画書原案作成	〇	〇	〇	不要 実態把握票を作成
サービス担当者会議の開催	〇	〇	省略可能	不要
利用者への説明・同意	〇	〇	〇	〇
介護予防サービス・支援計画書の交付	〇	〇	〇	実態把握票（介護予防ケアマネジメントＣ）利用者及び社会福祉協議会に交付する
モニタリング	〇	〇	概ね６月ごと又は利用者の状況に著しく変化があった場合に実施。	不要 ただし、必要に応じて利用者の状況や実態把握を行う

２．介護予防支援・ケアマネジメントＡの実施の手順

（１）初回相談

〇 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、その内容を聴き取ります。

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います。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します。

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います。

〇 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ない者については、基本チェックリスト（様式１）（P.26）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します。 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します。

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ます。

（2）アセスメント（課題分析）

アセスメントの目的は、利用者本人の望む生活と現状の生活との差について、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」を明らかにすることです。

「基本チェックリスト」（様式１）、「興味・関心チェックシート」（様式３）、「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）」（以下、介護予防サービス・支援計画書）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」欄及び要支援者については、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の以下などを参考にして実施します。

利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合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。

（3） 介護予防サービス・支援計画書の作成

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・家族の取組み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ります。特に、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ります。

〇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

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します。そのため、目標は達成可能で、本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要があります。

〇サービス・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サービス・支援計画書原案を本人と共に作成します。

（4） サービス担当者会議

利用者本人・家族の生活の意向・目標を共有すること、支援関係者（専門職や地域のインフォーマル支援関係者を含む）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さらに検討すること、介護予防サービス・支援計画書で位置付けた取組みや関係者の役割分担を決めて全員で共有することが重要です。新規に介護予防サービス・支援計画書原案を作成したときは、サービス担当者会議の開催が必要となります。

（5） 利用者への説明・同意

サービス担当者会議において、介護予防サービス・支援計画書の内容について、利用者本人・家族に説明し、同意を得ます。

（6） 介護予防ケアマネジメント計画の確定・交付

確定された介護予防サービス・支援計画書を利用者本人や家族、サービス事業者に交付します。

（7） モニタリング

モニタリングの目的は、利用者の状態変化や介護予防サービス・支援計画書等に示された利用者等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を把握することです。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す。

少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して３月に１回、利用者に面接で確認します。面接は、利用者の居宅を訪問することによって行います。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して３月ごとの期間について、少なくとも連続する２期間（6 月）に１回、利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができます。

ア．テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ること

イ．サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

・利用者の心身の状況が安定していること。

・利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通を行うことができること。

・テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、サービス提供事業者から提供を受けること。

サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接し確認します。

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など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に当たっては、電話等により利用者との連絡を実施し、１月に１回、モニタリングの結果を記録します。

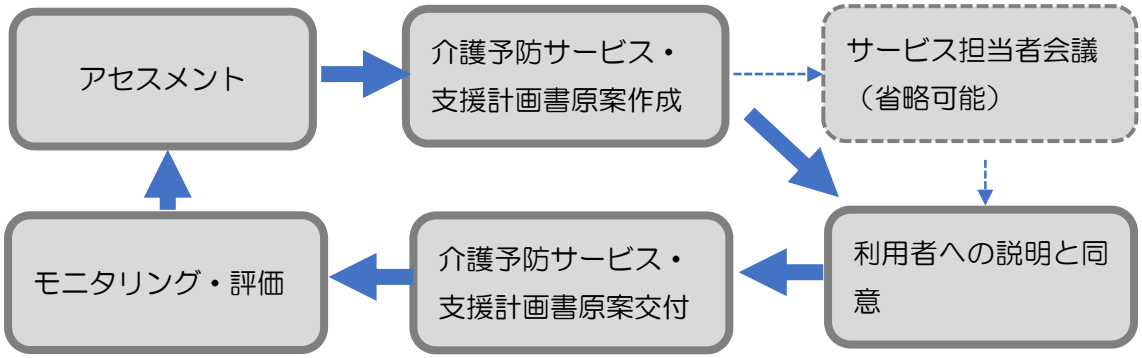
（8） 評価

介護予防サービス・支援計画書に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防サービス・支援計画書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します。

介護予防支援・ケアマネジメント A は指定居宅介護支援事業所へ委託ができます。

2. ケアマネジメントＢの実施手順

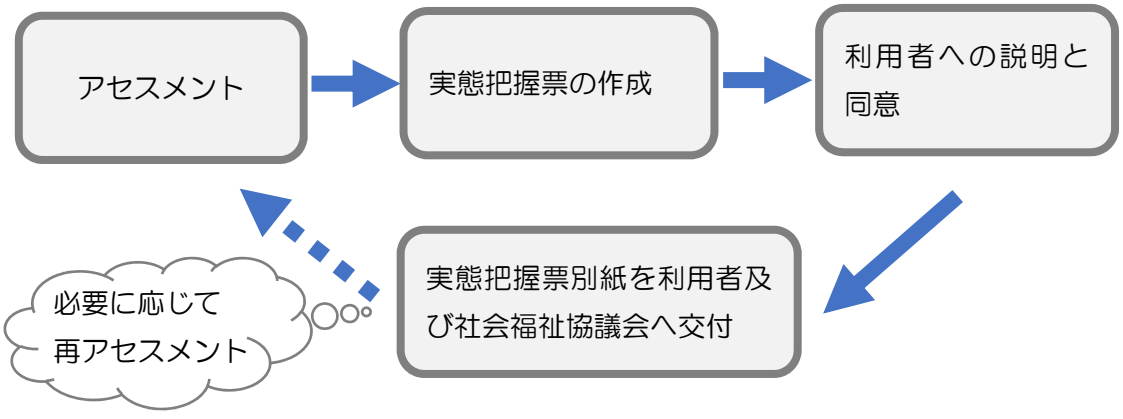
（１） 相談
（２） アセスメント：ケアマネジメントＡと同様
（３） 介護予防サービス・支援計画書原案作成：ケアマネジメントＡと同様
（４） サービス担当者会議の開催：省略可能
（５） 利用者への説明同意：ケアマネジメントＡと同様
（６） 介護予防サービス・支援計画書の交付：ケアマネジメントＡと同様
（７） モニタリング：概ね６月ごと又は利用者の状況に著しく変化があった場合に実施します。
（８） 評価： ケアマネジメントＡと同様



ケアマネジメントＢは地域包括支援センターのみが実施できます。

3. ケアマネジメントＣの実施手順

（１） 相談
（２） アセスメント：ケアマネジメントＡと同様
（３） 介護予防サービス・支援計画書原案作成：不要。実態把握票を作成します。
（４） サービス担当者会議の開催：不要
（５） 利用者への説明同意：ケアマネジメントＡと同様
（６） 介護予防サービス支援計画書の交付：実態把握票別紙（介護予防ケアマネジメントＣ）を利用者及び社会福祉協議会に交付します。
（７） モニタリング・評価：不要。ただし、必要に応じて利用者の状況や実施状況の確認を行います。



ケアマネジメントＣは地域包括支援センターのみが実施できます。

第４章　介護予防支援

1. 対象者

要介護認定の結果、要支援１及び要支援２と判定された方

要支援認定者のうち（１）介護予防給付サービスのみを利用、（２）介護予防サービスと介護予防・生活支援サービス事業（通所型・訪問型など）等を組み合わせて利用する方に限ります。

2. 実施主体

介護予防支援の提供は、市町村が設置する地域包括支援センター（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ための効果的な支援方法に関する基準　第 2 条の通り）又は指定介護予防支援事業所です。

※地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者は、法第 115 条の 23 第３項の規定より指定介護予防支援の一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができます。ただし、原則、初めて介護保険サービスを利用する方の初回の介護予防支援は、地域包括支援センターが行います。

※令和６年４月１日から施行された介護保険法の一部改正により、指定居宅介護支援事業所による指定介護予防支援事業所の指定を受けることが可能です。

第５章　介護予防ケアマネジメント

1. 対象者

要介護認定の結果、要支援１及び要支援２と判定された方、または基本チェックリストで事業対象者と判定された方

2. 実施主体

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターにおいて、保健師、社会福祉士、（主任）介護支援専門員、経験ある看護師等が実施します。

※介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託することができます。ただし、原則、初めて介護保険サービスを利用する方の初回の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行います。

※地域包括支援センターは、委託した場合も初回のアセスメントに関与し、地域ケア会議等の活用に努めてください。

地域包括支援センターが、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合は以下のような実施体制が考えられます。

（１）　居宅介護支援事業所に委託する場合において、居宅介護支援事業所の初回訪問に地域包括支援センターが同行する等の関与を行い、ケアプランの継続・変更の時点以後の介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、居宅介護支援事業所が行い、適宜、地域包括支援センターが関与する。

（２）　居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント A を委託する際は、公平性・中立性が守られ、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント A の業務の円滑な遂行ができる事業者であることが要件になります。

【介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの**委託**の流れ】

業務の流れ	地域包括支援センター	指定居宅介護支援事業所
利用申込み 契約締結	◆ 契約内容を説明し、契約を締結する。重要事項説明書を交付、説明し、同意を得る。 ◆ 被保険者証を確認する。 ◆ 利用申込み者に介護予防計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書に記入してもらう。 ◆ 認定調査結果及び主治医意見書を入手し、委託先の居宅介護支援事業所へ渡す。	
アセスメントの実施 介護予防サービス・支援計画書原案作成	◆ 必要に応じて、訪問に同行する ◆ 介護予防サービス計画・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）の内容が適切か妥当であるか確認	◆ 認定調査結果、主治医意見書の確認。利用者宅を訪問。基本情報の聞き取りやアセスメントを行い、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）の原案を作成する。
サービス担当者会議の開催 介護予防サービス計画の説明・同意・交付	◆ 介護予防サービス計画・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）の受領。（新規・変更時）	◆ サービス担当者会議の開催をする。介護予防サービス計画・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）を利用者や家族に説明し、同意を得る。利用者、地域包括支援センター及びサービス提供事業者へ交付する。
モニタリング 評価	◆ 居宅介護支援事業所が行った評価について確認し、今後の方針等について必要な助言等を行う。	◆ モニタリング、評価実施
給付管理・請求	◆ 委託した居宅介護支援事業所に確認後、翌月１０日までに国保連に請求。	◆ 利用者のサービス実績表を確認し、地域包括支援センターへ提供

【指定介護予防支援事業所（指定居宅介護支援事業所）と地域包括支援センターとの関わり】

1．介護予防サービス・支援計画書（以下、介護予防サービス計画書）の提出

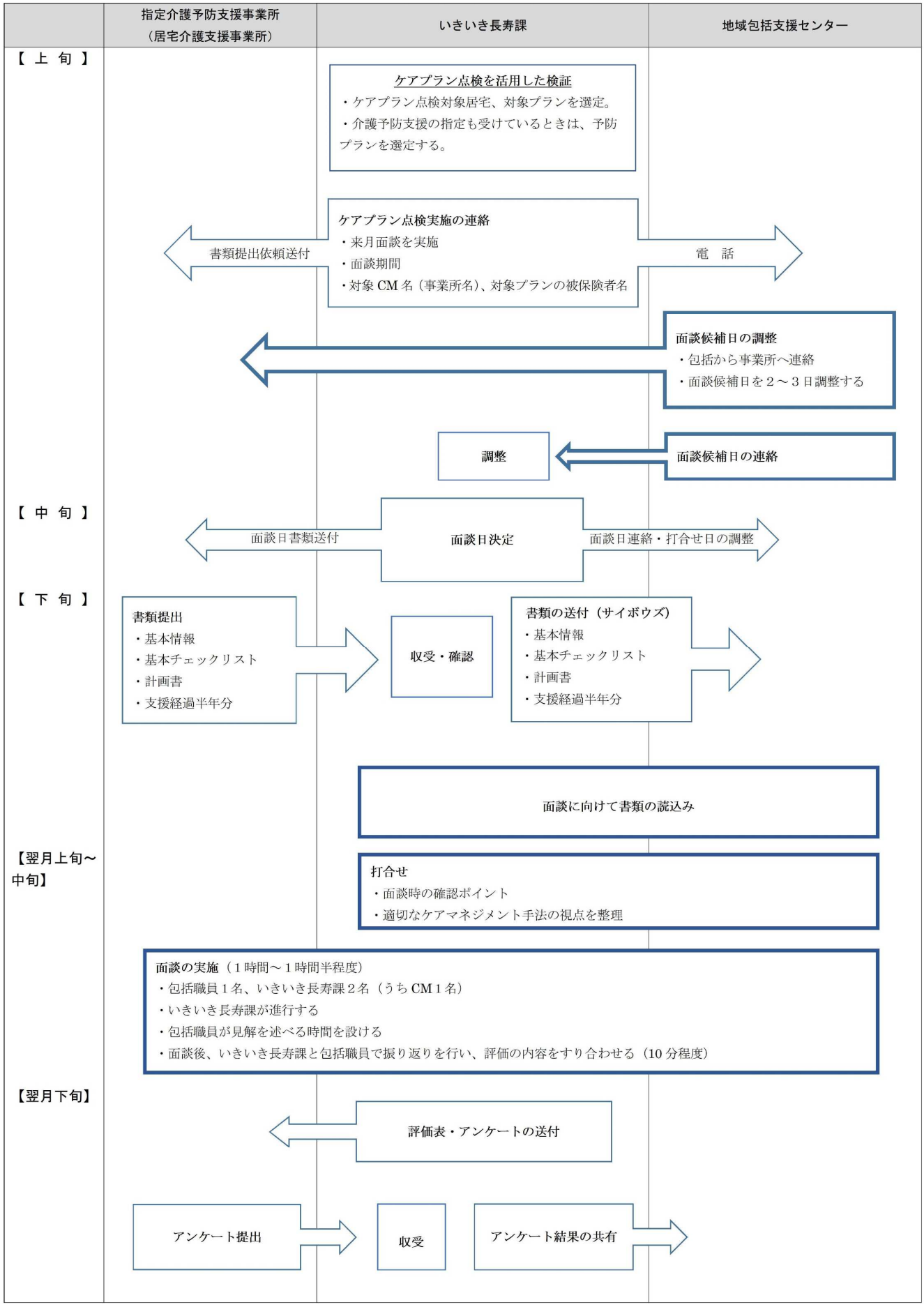
指定介護予防事業所（居宅介護支援事業所）	地域包括支援センター	都城市 いきいき長寿課
● 利用申込み ● 契約締結 ● アセスメントの実施 ● 介護予防サービス計画書原案作成 ● サービス担当者会議 ● 介護予防サービス計画の交付・説明・同意 基本情報 チェックリスト 介護予防サービス計画 （写） 提　出 ※利用者の居住地を管轄する地域包括支援センターへ提出 ● モニタリング ● 評価 ● 給付管理、請求	・収受、確認し システムへ登録 ・必要時に助言	

2．　包括的・継続的ケアマネジメント支援事業の活用

指定介護予防事業所（居宅介護支援事業所）	地域包括支援センター	都城市 いきいき長寿課
・課題を抱えるケース ・支援困難ケース　など 相　談 必要に応じて ・担当者会議への参加 ・圏域別ケア会議の検討 ・地域リハビリテーション活動支援事業の活用、自立支援型ケア会議への参加などの提案 助言・提案 参加調整 圏域別ケア会議の開催 参加依頼		・必要に応じ参加 ・情報提供

3．ケアプラン点検等を活用し、介護予防プランについて理解を深める場を設け、プランの検証を行っていきます。指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者は、市から情報提供を求められた際には、情報提供をお願いします。（介護保険法　第 115 条の 30 の２第１項の規定によるもの）

包括支援センターと指定介護予防支援事業所（居宅）との、一定の関与・介護予防サービス計画の検証方法



第６章　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事務の流れ

１．基本的な業務の流れ

①利用者申し込み・契約の締結	・利用申込み者と契約を締結 ・利用者に契約書や重要事項説明書、個人情報の取扱等の説明をし、同意を得る。 ・介護保険者証を確認。（居住地、認定結果等の確認）　・基本チェックリストに該当するか確認
②市役所へ書類提出	・介護予防計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書提出 （都城市介護保険課　給付担当　又は　各総合支所地域生活課へ提出）
③アセスメント・計画原案作成	・利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して利用者の希望等を総合的に判断し、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）原案を作成する。 ・認定調査結果及び主治医意見書の情報提供を申請する。（都城市介護保険課　認定担当）
④サービス担当者会議の開催	・サービス担当者会議の開催（利用者・家族の意向・目標を確認、役割分担の確認）
⑤介護予防サービス計画の説明・交付	・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）、介護予防サービス利用票（兼提供票）の内容を利用者又はその家族に交付、説明し、同意を得て、署名または押印（氏名が印字の場合）をもらう。 ・サービス提供事業所等へ交付する。
⑥モニタリング	・サービス提供事業者から、少なくとも１回／月、利用者のサービス実施状況、利用者の状況、サービス実施効果を聴取し、介護予防支援経過記録に記載する。（詳しくは P.14）
⑦評価	・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）が終了の際は、サービス提供事業者の評価内容等を参考に計画の目標達成状況について評価を実施する。
⑧給付管理業務	・利用者のサービス利用実績を確認し、給付管理票を作成する。 ・実績は、翌月 10 日までに国保連合会へ介護報酬の請求をする。

2.　介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの給付管理

（1）介護予防支援単価（令和６年４月更新）

サービスコード		サービス内容略称	単価（消費税及び地方消費税相当額を含む。）	算定単位
種類	項目			
46	2111 2121	介護予防支援費 （1） 介護予防支援費（Ⅰ） （2） 介護予防支援費（Ⅱ）	 ４，４２０円 ４，７２０円	１月につき
		高齢者虐待防止措置未実施減算	算定単位の１％減算	
		業務継続計画未策定減算※１	算定単位の１％減算	
46	4001	初回加算	３，０００円	初月のみ
46	6132	委託連携加算	３，０００円	指定居宅介護支援事業所に委託する初月のみ

※１　令和７年３月３１日までは適用しない。

（2）ケアマネジメント単価（令和６年４月更新）

サービスコード		サービス内容略称	単価（消費税及び地方消費税相当額を含む。）	算定単位
種類	項目			
AF	2111	介護予防ケアマネジメントA	４，４２０円	１月につき
AF	2112	介護予防ケアマネジメントB	２，２１０円	１月につき
AF	2113	介護予防ケアマネジメントC	３，６８０円	初月のみ※2
AF	4001	介護予防ケアA初回加算	３，０００円	初月のみ※3
AF	4002	介護予防ケアB初回加算	１，４７０円	初月のみ※3
AF	6132	介護予防ケアA委託連携加算	３，０００円	指定居宅介護支援事業所に委託する初月のみ
AF	7001	複合型短期集中予防サービス連携加算	３，０００円	利用者一人に利用開始から３か月間
AF	3111	介護予防ケアマネジメントA 高齢者虐待防止措置未実施減算	４，３８０円	
AF	3113	介護予防ケアマネジメントA 業務継続計画未策定減算	４，３８０円	
AF	3112	介護予防ケアマネジメントA 高齢者虐待防止措置未実施減算かつ業務継続計画未策定減算	４，３４０円	

※2　過去２か月間ケアマネジメントが算定されていない場合、請求できる。（利用者の状態変化があり、再度アセスメントし、実態把握票を作成した場合等。）

※3　サービスを休止した場合、過去２か月間全てのケアマネジメントが算定されておらず、新たに介護予防サービス・支援計画書を作成する場合は、介護予防ケア初回加算を算定できる。

【介護予防ケアマネジメントＡ・Ｂの初回加算について】

Q. ９月まで要支援１で介護予防支援を受けていた利用者。１０月から事業対象者として、介護予防ケアマネジメントを実施するときは、初回加算は、算定できるのでしょうか。

A. 初回加算は算定できません。

初回加算は、次のような場合に算定されます。

①新規※に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施する場合

②要介護者が要介護認定の更新等の結果、要支援認定あるいは事業対象者として介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施する場合。ただし、介護予防支援を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、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ときは、初回加算の算定を行うことができません。

③要支援者が要介護認定を受けた場合に、居宅サービス計画を作成する場合

④要介護状態区分が２区分以上変更された場合に居宅サービスを計画する場合

※（新規の取り扱いについては、契約の有無に関わらず、過去２月以上、当該居宅介護支援事業所において介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対して計画を作成した場合を指す。）

- 初回加算は指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に応じて算定できます。

【介護予防ケアマネジメントＡ委託連携加算について】

Q. 委託連携加算の取扱いについて、当初、Ａ居宅介護支援事業所へ委託し委託連携加算を算定したが、途中でＢ居宅介護支援事業所へ委託先が変更となった。Ｂ居宅介護支援事業所へ委託した場合も委託連携加算を算定できるのか。

A. 委託連携加算を再算定することは可能です。また、再算定できるのは下記の場合です。

①委託先の居宅介護支援事業所が変更となった場合

②利用者の転居等で包括支援センターが変更となった場合

なお、委託連携加算を算定する場合には、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が連携した内容についての支援経過への記録や、介護予防支援計画書の包括支援センター意見欄への記載等、連携したことが分かるよう記録を残すことが必要です。

- 介護予防ケアマネジメントＡ委託連携加算は、介護予防支援の委託連携加算の取扱いに準じます。

【介護予防ケアマネジメントＡにおける複合型短期集中予防サービス連携加算について】

加算の概要	複合型短期集中予防サービスを活用するにあたり、利用者、サービス提供事業所、いきいき長寿課との適切な情報連携等を評価するもの
単位数	複合型短期集中予防サービス利用開始月から３か月間のみ（１クールのみ）
期待する効果	複合型短期集中予防サービスの積極的な活用及び利用者への積極的な支援

都城市の「総合事業Ｑ&Ａ」についてもご参照ください。

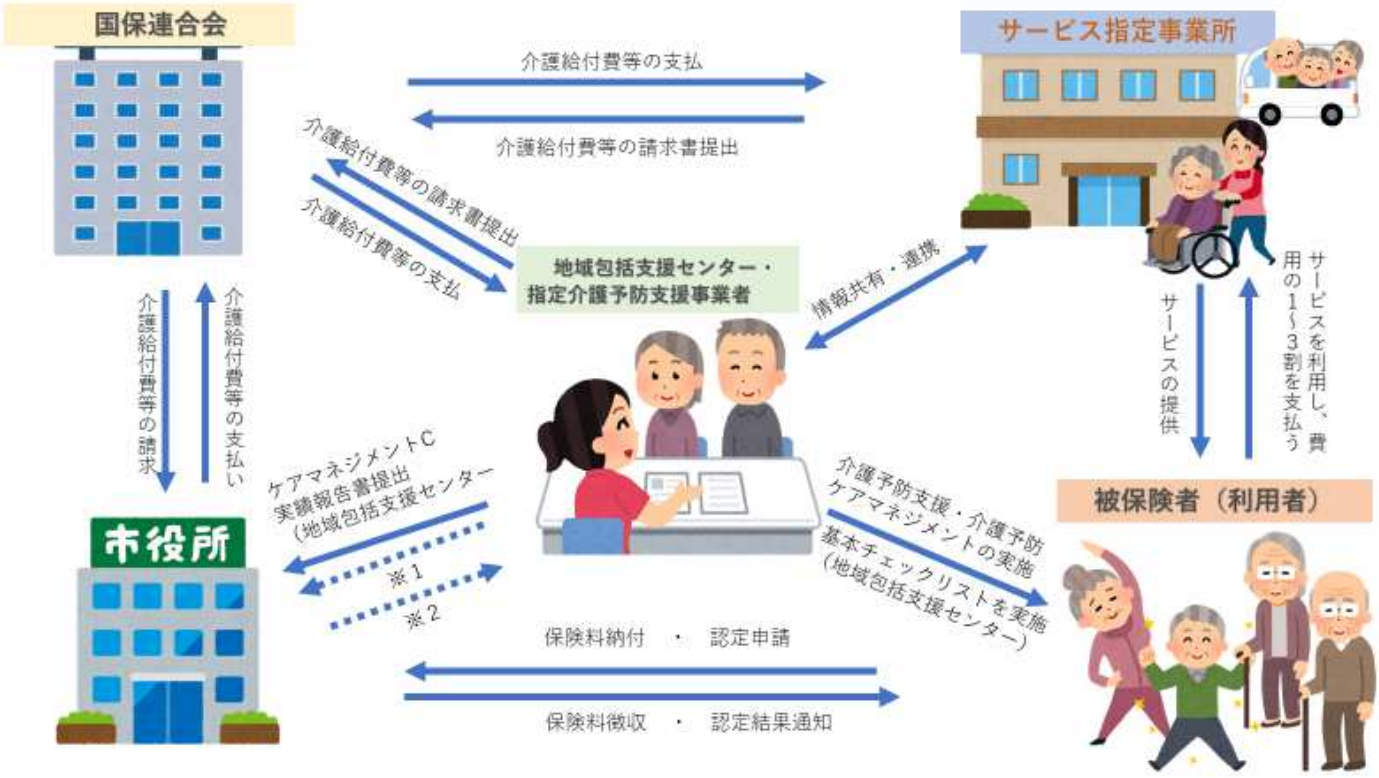
（３）ケアマネジメント区分支給限度額

利用者区分	サービス利用パターン例	ケアマネジメント費	支給限度額
事業対象者	サービス事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	５，０３２単位
要支援１	予防給付のみ	介護予防支援費	５，０３２単位
	予防給付・サービス事業		
	サービス事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	
要支援２	予防給付のみ	介護予防支援費	１０，５３１単位
	予防給付・サービス事業		
	サービス事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	

（４）請求・支払

事業費（介護予防ケアマネジメント費）の請求は地域包括支援センターから国保連合会へ行い、委託を受けた居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターへ報告・請求を行います。

ただし、他県保険者の住所地特例者の介護予防ケアマネジメント費については、国保連合会を通じての請求はできません。業務実施月の翌月１５日までに、業務実施報告書及び請求書いきいき長寿課へ提出してください。（介護予防ケアマネジメント業務委託契約書第９条及び第１０条参照）



※１住所地特例者の場合、地域包括支援センターが市へ報告書を提出

※２住所地特例者の場合、市が介護予防ケアマネジメント費を地域包括支援センターへ支払。

３．住所地特例、非住所地特例について

（１） 利用者が住所地特例者の場合

住所地特例者に対する介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、施設所在市町村が指定した地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）が行います。都城市にある施設（※）に入居した場合は、都城市の地域包括支援センターが支援を行います。※（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅）

	都城市が保険者の住所地特例者 ※他市町村に居住する住所地特例者	他市町村が保険者の住所地特例者 ※都城市に居住する住所地特例者
パターン	都城市から他市町村の住所地特例対象施設へ入居し、住所を施設に変更	他市町村から都城市の住所地特例対象施設へ入居し、住所を施設に変更
被保険者証の発行	都城市	他市町村
介護予防ケアマネジメント	他市町村の地域包括支援センター等	都城市の地域包括支援センター等
利用できるサービス	他市町村のサービス	都城市のサービス
事業所指定	他市町村	都城市

◆住所地特例とは、他市町村の施設に入所等をして施設所在地に住所を変更した場合に、施設所在地の市町村ではなく、施設に入所する前の住所地市町村が保険者となる制度です。（やむを得ず住所を居住地である施設に変更しない場合は該当しませんが、まずは居住地に住所を変更することが求められます。）

（２） 利用者が住所地特例者ではない場合

都城市以外に住所のある方が（他市町村が保険者）都城市の総合事業を利用する場合、もしくは、都城市の被保険者が住所を変更せず他市町村で総合事業を利用する場合、介護予防ケアマネジメントは保険者の包括支援センターが実施します。また、対象者が利用する事業所は対象者が住所を有する市町村から事業所の指定を受ける必要があります。

	都城市が保険者、他市町村の総合事業を利用する場合	他市町村が保険者、都城市の総合事業を利用する場合
パターン	他市町村の親族宅などに居住し、他市町村の総合事業を利用する ※住民票は都城市	都城市の親族宅等に居住し、都城市の総合事業を利用する ※住民票は他市町村
被保険者証の発行	都城市	他市町村
介護予防ケアマネジメント	都城市の地域包括支援センター等	他市町村の地域包括支援センター等
利用できるサービス	都城市のサービス	他市町村のサービス
事業所指定	都城市	他市町村

４．留意事項

・随時更新している都城市の「総合事業Ｑ&Ａ」も参照してください。（市ホームページ ID1994）

・並行して要介護認定の申請をしている場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービス事業を利用することができます。その後、「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、サービス事業の利用を継続することができます。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、並行してサービス事業を利用することはできません。

・要介護認定等申請を行った結果、非該当となった者について、基本チェックリストを行い、事業対象者の基準に該当した場合は、サービス・活動事業（総合事業）として介護予防ケアマネジメントの依頼を届けることができます。

・住所地特例者、または、やむを得ず住所を変更せず居住地を変更されている方の介護予防ケアマネジメントの取扱いについては注意が必要です。介護保険証を確認したうえで実施してください。また、事業所の指定など、遡っての申請が困難な場合もあります。Ｐ２３ を参照のうえ、事務に遺漏のないよう留意してください。

第７章　多職種の視点　本市の取り組み

１．都城市自立支援型ケア会議

都城市では、介護予防ケアマネジメントについても介護予防支援と同様、「自立支援型ケアマネジメント」を推進しています。自立支援とは、単に介護保険サービスからの卒業を目指すものではなく、利用者本人が抱える生活課題を解決し、できる限り自立した生活を送れるように支援することです。介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供にあたっては、「都城市自立支援型ケアプラン作成の手引き」及び「都城市自立支援型地域ケア会議様式活用の手引き【サービス事業所向け】」も参照ください。

２．地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリテーション専門職が、通所介護事業所や訪問介護事業所、地域包括支援センター、居宅介支援事業所へ訪問し、サービスやアセスメントに関する助言や介護職員への技術的支援を行います。詳しくは都城市ホームページをご覧ください。

３．都城市・三股町在宅医療・介護連携推進協議会

医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を一体的に提供できる連携体制の構築を目的としています。詳しくは「在宅ぼんちネット」をご覧ください。

第８章　その他

介護予防ケアマネジメント関連参考様式

様式１　基本チェックリスト
様式２　指定相当通所型サービス・元気アップデイサービス対象者判定チェックリスト
様式３　興味、関心チェックシート（P.10 参照し、必要時に活用してください。）（資料 P.３１）

様式４～様式７の詳細については、都城市自立支援型ケアプラン作成の手引きの内容をご参照下さい。

様式４　利用者基本情報
様式５　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６　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を含む）
様式７　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

様式１

基本チェックリスト

（参考）

実施日付 令和　年　　月　　日

担当者

氏　名		年　齢	歳	電話番号	
住　所		身　長	ｃｍ	体　重	ｋｇ
				ＢＭＩ	
視診により口腔内の衛生状態に問題を確認		あり　　なし	反復唾液嚥下テスト		-- 回

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	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	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ら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分位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ヶ月間で２～３kg 以上の体重減少がありましたか	1. はい　0. いいえ
12	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	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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	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で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

基本チェックリストの考え方

① 様式第一の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの５項目のうち３項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の２項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの３項目のうち２項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20 までの３項目のうちいずれか１項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25 までの５項目のうち２項目以上に該当

（注） この表における該当（No.12 を除く。）とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。 この表における該当（No.12 に限る。）とは、ＢＭＩ＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が 18.5 未満の場合をいう。

【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らずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわら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ヵ月以内の値を、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ヵ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いても、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	

様式２

指定相当通所型サービス・元気アップデイサービス対象者判定チェックリスト

	項目	
1	認知症高齢者生活自立度がⅡ程度以上で、日常生活に支障のある症状や行動がある（主治医意見書がある場合は、意見書で判定）	
2	精神疾患等により不安定な状態にあり、随時関わりが必要	
3	入浴において介助（一部介助を含む）が必要 ※入浴サービスが必要な場合	
4	食事において常に声かけ誘導以上の支援が必要 ※食事サービスが必要な場合	
5	排泄を自立して行うことができない	
6	歩行状態が不安定で、移動する際には常に付き添いが必要	
7	医療的なケアを職員が介助することが必要	
8	状態が変化しやすく、専門的なサービスや随時の見守りが必要	
9	1～8 以外で、包括支援センターが総合的に判断して必要と認めた場合 （理由：　　）	

【判定方法】 上記を確認し、次のとおりサービスを選択する。

9 項目のうち、該当するものが 1 つ以上ある場合	指定相当通所型サービス
該当するものがない場合	元気アップデイサービス

様式３

（参考）

興味・関心チェックシート

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：＿＿＿歳　性別（　　）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・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に〇を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。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			
歯磨きをする				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・洗濯物たたみ				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・子供の世話				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			