

# 介護予防ケアマネジメントマニュアル

目黒区健康福祉部介護保険課

令和6年4月1日版

# 目次

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 .....	- 1 -
1 介護予防ケアマネジメントの実施の手順.....	- 2 -
(1) 相談.....	- 2 -
(2) 基本チェックリストの実施 .....	- 3 -
(3) 介護予防ケアマネジメントの手続き .....	- 5 -
2 居宅介護支援事業者への業務委託.....	- 11 -
3 介護予防ケアマネジメント費の請求・支払い.....	- 13 -
(1) 介護予防ケアマネジメント費の額 .....	- 13 -
(2) 介護予防ケアマネジメント費の流れ.....	- 14 -
4 介護予防・日常生活支援総合事業の内容.....	- 14 -
(1) 介護予防・生活支援サービス事業 .....	- 14 -
(2) 一般介護予防事業.....	- 20 -
5 利用者負担軽減制度.....	- 22 -
6 給付制限.....	- 22 -

## 参考資料・様式

(1) 訪問型支え合い事業の概要 .....	- 24 -
(2) 通所型支え合い事業の利用について .....	- 28 -
(3) 基本チェックリストについての考え方.....	- 31 -
(4) 参考様式1 利用者基本情報 .....	- 33 -
(5) 参考様式2 総合事業サービス事業対象者に係る支給限度基準額変更申出書.....	- 35 -
(6) 参考様式3 介護予防・日常生活支援総合事業 要介護認定申請状況確認票.....	- 36 -
(7) ケアマネジメントCのケアプラン記載内容.....	- 37 -
(8) 目黒区版介護予防ケアマネジメントアセスメントシート.....	- 39 -
(9) 目黒区版介護予防ケアマネジメントアセスメントシート記入上の留意点.....	- 43 -
(10) 介護予防・日常生活支援総合事業の内容・構成.....	- 51 -

# 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

## I 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「サービス事業対象者」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、総合事業の訪問型、通所型、その他の生活支援の各サービスのほか一般介護予防事業や区の独自施策、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も含め、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ある。

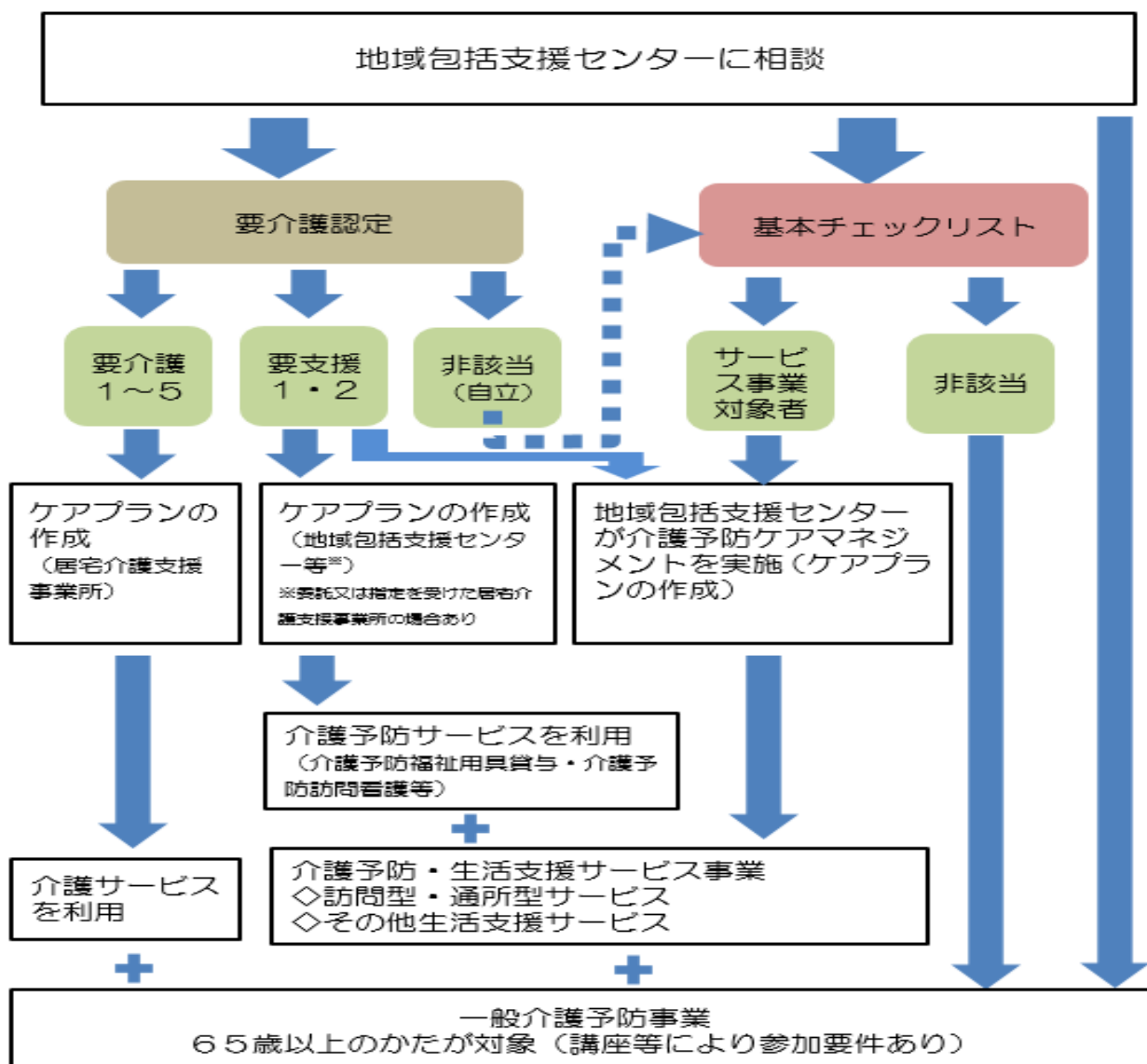
## II 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

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ある。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となる。

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、「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が重要である。

このようなことから、総合事業における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等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

図1 介護予防・日常生活支援総合事業の利用の流れ



※令和3年4月から、要支援1、2及びサービス事業者のうち、支え合い事業の訪問・通所を利用していた者が要介護認定者となった場合、介護サービスを利用しながら支え合い事業の利用継続を希望したときは、介護給付と併用利用することが可能となった。

## 1 介護予防ケアマネジメントの実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援者であること又はサービス事業者対象者として区に登録されることが必要であるため、窓口での対応も含めて以下の手順で実施する。

(1) 相談 → (2) 基本チェックリストの実施 → (3) 介護予防ケアマネジメントの手続き

### (1) 相談

#### ア 総合事業の説明

- ・ 窓口においては、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、①総合事業の趣旨と手

続き、②要介護認定等の申請手続き、③基本チェックリストを活用して迅速なサービスの利用が開始できること、④総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請が可能であること等を説明する。

- ・ 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。
- ・ 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、要介護認定等申請の案内を行う。

#### ◇要介護認定（更新）申請を勧める場合

##### 要介護（支援）認定更新者の場合

- ・ 要介護認定者
- ・ 通所介護、訪問介護以外の予防給付を利用している場合
- ・ 通所介護、訪問介護以外の予防給付の利用の必要性がある場合
- ・ 第2号被保険者（サービス事業対象者の認定ができないため。）

##### 新規相談者の場合

- ・ 明らかに要介護認定が必要な場合
- ・ 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
- ・ 第2号被保険者（サービス事業対象者の認定ができないため。）

## (2) 基本チェックリストの実施

### ア 対象者要件の確認

利用者が総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の利用を希望する場合、要支援認定の有無を確認し、要介護認定を受けていない者については、基本チェックリストの記入により、サービス事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。

※包括システムにサービス事業対象者の情報は反映されていない。サービス事業対象者の認定を受けているか判別できない場合は、介護保険課介護保険給付係に問い合わせる。

### イ 基本チェックリストの実施

- ・ 基本チェックリストは必ず地域包括支援センターの職員が本人に対して実施する。
- ・ 本人が記入する（代筆可）。
- ・ p. 31、32の「基本チェックリストについての考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人に記入してもらう。
- ・ 基本チェックリストの実施日が、サービス事業対象者に該当する基準日になるため、記入年月日が記入されていることを確認する。
- ・ 要介護認定申請を同時又は後に行うことができることを説明する。

※要介護認定と基本チェックリストを同時又は異時に実施した場合の、介護給付費及びサービス事業費の負担について事前に説明をする（介護予防ケアマネジメント関連Q&A 1-問5参照）。

#### ◇家族等の来所による相談の場合

基本チェックリストは、必要な総合事業のサービスを利用できるよう本人の状況を確認するためのものである。このため、本人が記入することが原則である。介護予防・生活支援サービス事業を利用するためには、要介護認定申請によることも可能なため、本人以外の聞き取りにより実施した基本チェックリストではサービス事業対象者としての認定は行わない。

#### ◇居宅介護支援事業所等からの代行の場合

要介護認定更新時には居宅介護支援事業所等から代行による基本チェックリストの提出があることが想定される。この場合も上記家族等の来所の場合と同様の扱いとする。

### ウ 基本チェックリスト実施後

サービス事業対象者の基準に該当した者については、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うことの同意を得たうえで、介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書を提出してもらう。

介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書は、本人から区に提出するものであるが、実際には、地域包括支援センターにて相談・基本チェックリスト実施後、本人が記入することになるため、地域包括支援センターが区への提出を代行することが多いと考えられる（特に委任状を徴取する必要はない）。なお、介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書及び基本チェックリストとともに、介護予防・日常生活支援総合事業 要介護認定申請状況確認票（参考様式3）も送付する。

### エ サービス事業対象者の登録

基本チェックリストの結果、サービス事業対象者の基準に該当した者については、介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書の提出に基づいて区がサービス事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「サービス事業対象者」である旨を記載したものを交付する。

要介護認定を同時に申請した場合は、資格者証を交付し、認定結果が出た段階で被保険者証を郵送する。

図2 サービス事業対象者登録の流れ

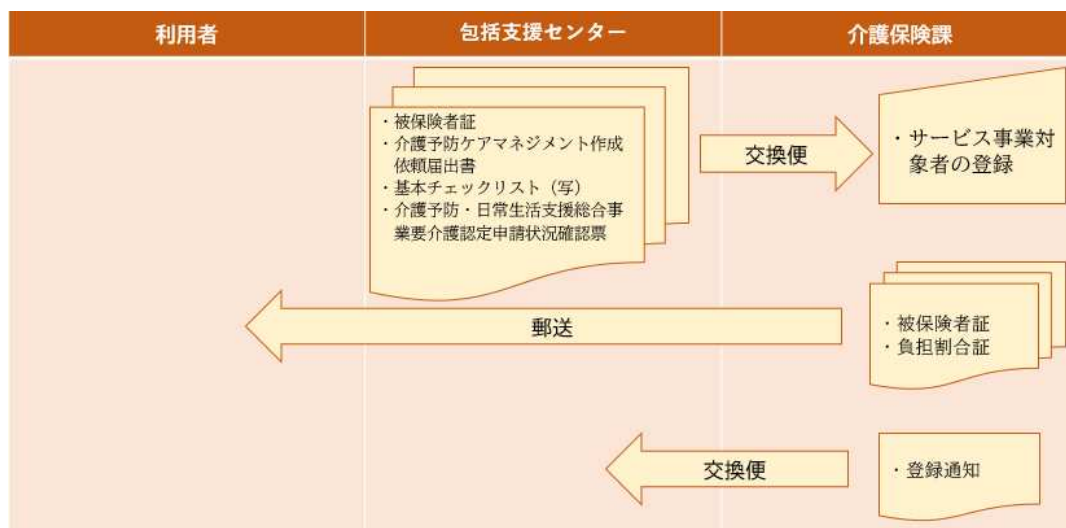


表1 区分別届出書一覧 ※○・・・必要 ×・・・不要

区 分	居宅サービス計画作成依頼届出書	介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書
介護給付から予防給付に移行する場合	×	○
介護給付から介護予防・生活支援サービス事業に移行する場合	×	○
予防給付から介護予防・生活支援サービス事業に移行する場合	×	△※ <sup>1</sup>
要支援者から基本チェックリストによるサービス事業対象者に移行する場合	×	△※ <sup>2</sup>
基本チェックリストによるサービス事業対象者から要支援者に移行する場合	×	△※ <sup>2</sup>
基本チェックリストによるサービス事業対象者・ <u>要支援者</u> から要介護者に移行する場合	○	×

※1 要支援者の予防給付を指定居宅介護支援事業所が直接対応する場合は届出が必要。

※2 要支援者の予防給付を指定居宅介護支援事業所が直接対応する場合又は指定居宅介護支援事業所に委託する場合は届出が必要。

### (3) 介護予防ケアマネジメントの手続き

#### ア 介護予防ケアマネジメントの実施主体

##### (ア) 要支援者に対する介護予防ケアマネジメント

第一号事業を行う指定事業者としての地域包括支援センターが実施(介護保険法(以下「法」という。)第115条の45の3)。

##### (イ) サービス事業対象者に対する介護予防ケアマネジメント

包括的支援事業として、地域包括支援センターが受託(法第115条の47)。

#### イ 契約

被保険者証を確認のうえ、利用者に契約書及び重要事項説明書を説明し、署名を受ける。

##### (ア) 新規利用者(サービス事業対象者)

サービス事業対象者は、予防給付のサービス利用ができず、介護予防・生活支援サービス事業のみの利用となるため、介護予防ケアマネジメントに関する契約書を取り交わす。

##### (イ) 更新利用者(要支援者→サービス事業対象者)

原契約は介護予防サービス計画作成に関するものなので、改めて介護予防ケアマネジメントに関する契約書を取り交わす。

##### (ウ) 新規利用者(要支援者)

【地域包括支援センターが直接対応する場合又は地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所が対応する場合】

介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントを併記した契約書を取り交わす。

(エ) 更新利用者（要介護者→要支援者）

【地域包括支援センターが直接対応する場合又は地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所が対応する場合】

原契約は、居宅サービス計画作成に関するものなので、改めて介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントを併記した契約書を取り交わす。

表2 契約書の取り交わし

○：取り交わし必要

		介護予防ケアマネジメント	介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメント	備考
新規	サービス事業対象者	○		
	要支援者※		○	
更新	要支援者→要支援者※		○	
	要支援者→サービス事業対象者	○		
	要介護者→要支援者※		○	
	要介護者→サービス事業対象者	○		自立と判定され、その後基本チェックリストに該当した場合。

※ 要支援者は介護予防サービスと総合事業サービスを利用することができ、利用するサービスによって介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメントの使い分けが発生する。

令和6年4月制度改正により、要支援者の介護予防サービス計画については指定を受けた居宅介護支援事業所も直接対応できるようになったが、要支援者の介護予防ケアマネジメントは引き続き地域包括支援センターが直接対応するか、地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所が対応するかのいずれかとなり、居宅介護支援事業所が直接対応することができないため、注意が必要となる。

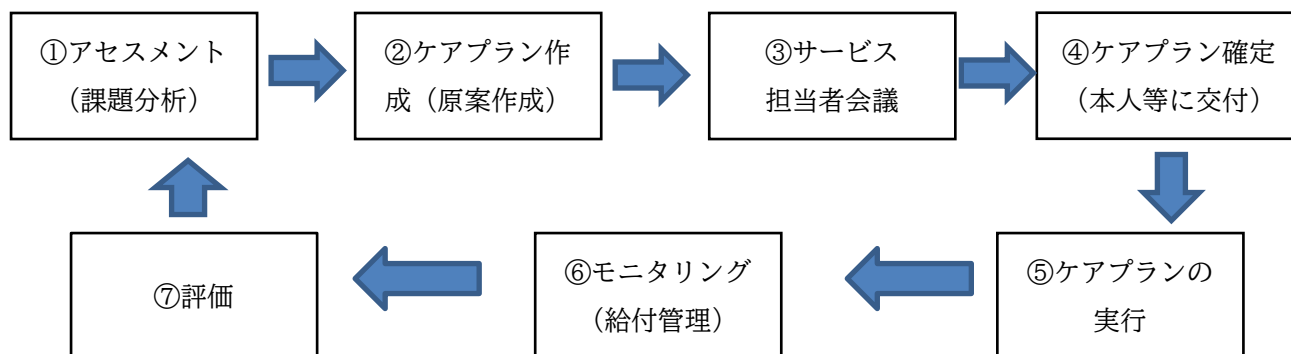
表3 要支援者のサービス別計画対応者

利用するサービス	計画種別	計画対応者
介護予防サービスのみ利用	介護予防サービス計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターが直接対応</li> <li>・地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所が対応</li> <li>・指定を受けた居宅介護支援事業所が直接対応（令和6年4月～）</li> </ul>
介護予防サービスと総合事業サービスを併用	介護予防サービス計画	同上
総合事業サービスのみ利用	介護予防ケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターが直接対応</li> <li>・地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所が対応</li> </ul>



## ウ 介護予防ケアマネジメントの実施手順

図3 介護予防ケアマネジメントのサイクル



### ①アセスメント（課題分析）

- ・利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。
- ・利用者基本情報（参考様式1）の必要事項について利用者及びその家族から聴取する。
- ・アセスメントに当たっては、「目黒区版介護予防ケアマネジメントアセスメントシート」（以下「アセスメントシート」という。）を使用し、本人にあった目標設定に向けて、本人の趣味活動、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く作業が必要である。なお、アセスメントシート利用の際は、p.43～50「目黒区版介護予防ケアマネジメントアセスメントシート記入上の留意点」（以下「アセスメントシートの留意点」という。）を参照すること。
- ・プロセスの中で、利用者本人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。

### ②ケアプラン作成（原案作成）

#### <目標の設定>

- ・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する。
- ・また、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。

#### <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、アセスメントシートの留意点に記載の介護予防・生活支援サービス事業の利用対象者のめやすを参考にする。単に介護予防・生活支援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共に作成する。また、アセスメントの結果把握された生活機能の低下がみられる項目に関する一般介護予防事業の参加については積極的に促していく。
- ・介護予防・生活支援サービス事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。

表4 サービスの併用について

【訪問型サービスの併用】 ○：併用可 ×：併用不可 △：利用者の状況によっては併用可

	予防給付相当サービス	区独自基準サービス	支え合い事業	短期集中予防サービス
予防給付相当サービス	－	×	○	△
区独自基準サービス	×	－	○	△
支え合い事業	○	○	－	△
短期集中予防サービス	△	△	△	－

【通所型サービスの組み合わせの例】

	予防給付相当サービス	区独自基準サービス	支え合い事業	短期集中予防サービス
予防給付相当サービス	－	△※	○	△
区独自基準サービス	△※	－	○	△
支え合い事業	○	○	－	○
短期集中予防サービス	△	△	○	－

※要支援2（相当）で週1回程度利用の場合に限る。

【訪問型・通所型サービスの組み合わせの例】

		通所型			
		予防給付相当サービス	区独自基準サービス	支え合い事業	短期集中予防サービス
訪問型	予防給付相当サービス	○	○	○	○
	区独自基準サービス	○	○	○	○
	支え合い事業	○	○	○	○
	短期集中予防サービス	△	△	○	○

- ・ 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。
- ・ 給付管理については、要支援者が総合事業を利用する場合は、予防給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）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額の範囲内で、予防給付と総合事業を一体的に給付管理する。一方で、サービス事業対象者の給付管理については、指定事業者によるサービス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の限度額までとする。
- ・ 介護予防ケアマネジメントにおいては、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の限度額を超える（ただし、要支援2の限度額内）ことも可能である。

表5 区分支給限度

利用区分	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
サービス事業対象者	総合事業（訪問型サービス）のみ		介護予防 ケアマネジメント費	原則 5,032 単位 ※特別な事情がある場合は 10,531 単位まで可
	総合事業（通所型サービス）のみ			
	総合事業（訪問型・通所型サービス）のみ			
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+	総合事業（訪問型サービス）		
		総合事業（通所型サービス）		
		総合事業（訪問型・通所型サービス）		
	総合事業（訪問型サービス）のみ		介護予防 ケアマネジメント費	
	総合事業（通所型サービス）のみ			
総合事業（訪問型・通所型サービス）のみ				
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+	総合事業（訪問型サービス）		
		総合事業（通所型サービス）		
		総合事業（訪問型・通所型サービス）		
	総合事業（訪問型サービス）のみ		介護予防 ケアマネジメント費	
	総合事業（通所型サービス）のみ			
総合事業（訪問型・通所型サービス）のみ				

◎要支援2相当の区分支給限度が必要なサービス事業対象者について

退院直後で集中的にサービスを利用することが本人の自立支援につながると考えられるようなケースの場合、地域包括支援センター所長の申出により、要支援2の支給限度基準額に変更することができる。手続きは以下のとおり。

- (1) 「総合事業サービス事業対象者に係る支給限度基準額変更申出書」（参考様式2）に必要事項を記載し、基本チェックリストを添付し介護保険課介護保険給付係に提出する。
- (2) 介護保険課介護保険給付係で受給者台帳の修正を行う。被保険者証の記載内容に変更はないため改めて被保険者証は交付しない。
- (3) 介護保険課介護保険給付係から、地域包括支援センターに処理終了の連絡をする。

この取り扱いの有効期間は申出より3か月目の末日までとする。有効期間を過ぎても要支援2相当のサービス利用が必要な場合は要介護認定申請を行うこと。ただし、この取り扱いの有効期間内に要支援1又は自立と判定された場合は要介護認定の結果が優先されるため、いずれの場合も支給限度基準額は要支援1となるので注意が必要である。

### <ケアマネジメントの類型について>

ケアプラン原案作成の段階で、利用者本人の目標設定により利用するサービスの選定を行った結果、サービスの内容によって以下のケアマネジメントの類型を適用する。

図4 利用サービスによるケアマネジメント類型

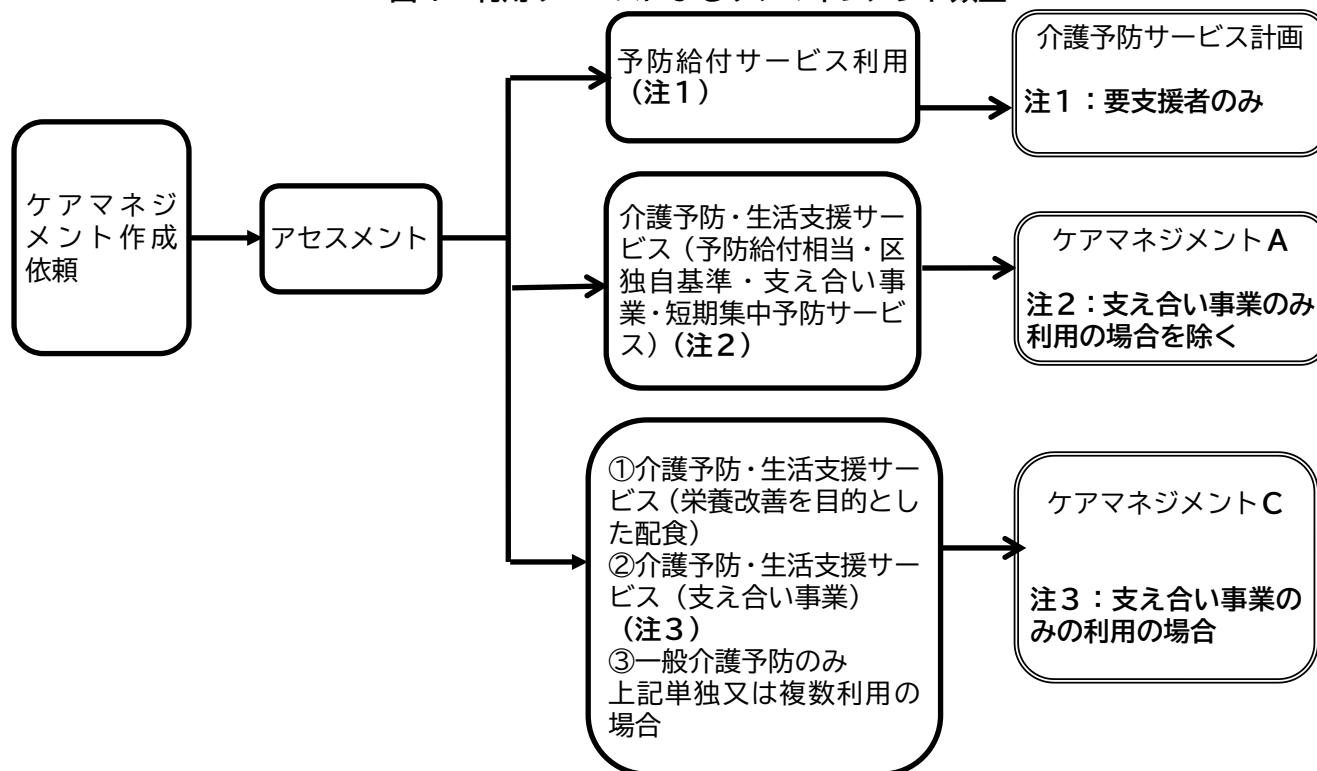


表6 ケアマネジメント類型

	ケアマネジメントプロセス	様式	備考
ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	アセスメントによってケアプランを作成し、サービス担当者会議を経て決定。概ね3か月ごと又は事業の終了時にモニタリングを実施する。	介護予防サービス・支援計画表	様式については、介護予防サービス・支援計画表(A表～C表)
ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)	アセスメントにより、支え合い事業、その他の生活支援サービス及び一般介護予防事業の利用が適切と判断された利用者に対し、サービス担当者会議を経ず、ケアプラン結果を交付する。また、モニタリングは行わない。	介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)	様式については、介護予防サービス・支援計画表(A表～C表)のうち、一部記入箇所を省略可。 p. 37、38参照

※現在、目黒区では、ケアマネジメントB(簡易的なケアマネジメント)はない。

※要介護者が支え合い事業を利用する場合は、要介護認定前から支え合い事業を利用しており、介護給付と併用利用する場合のみ利用可。ケアマネジメントCによる支え合い事業単独での利用は不可とする。

### ③サービス担当者会議

ケアマネジメントAにおいて実施する。利用者や家族、サービス提供担当者等とプランの内容や目標について共通認識を得る。

#### ④ケアプラン確定（本人等に交付）

- ・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、同意を得る。（介護予防サービス・支援計画表に確認の署名をもらう。）
- ・本人の同意を得て、地域包括支援センターからケアプランをサービス実施者にも交付する。
- ・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、地域包括支援センターから交付する。

#### ⑤ケアプランの実行

#### ⑥モニタリング（給付管理）

- ・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ヶ月に1回並びにサービスの評価期間の終了月及び利用者の状況に著しい変化のあったときに、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、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。
- ・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、サービス実施者側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。

#### ※ 状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例

- ・サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- ・定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- ・活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- ・出席簿を作成の上、毎月報告を求める。

#### ⑦評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

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利用者宅を訪問し、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、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。

## 2 居宅介護支援事業者への業務委託

介護予防ケアマネジメント業務の一部について、下記の条件に該当する場合に居宅介護支援事業者へ委託することができる。

- ①要支援者に対する介護予防ケアマネジメントであること。
- ②相談の段階で、給付管理が必要なサービス（予防給付相当サービス・区独自基準サービス）の利用が見込まれる場合。

利用申込みの受付、契約締結及び報酬の請求については、原則として地域包括支援センターが実施することとしている。また、業務の一部を委託する場合も、利用者との契約締結主体は地域包括支援センターであることから、最終的な責任は地域包括支援センターが負うことになる。地域包括支援センターは、委託事業者が作成した支援計画について、適切性や内容の妥当性などを点検し、業務が適切に行われているか確認する必要がある。

なお、委託業務の範囲や内容は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者との契約内容に基づく。

表7 居宅介護支援事業者への委託のプロセス

プロセス	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者	利用帳票
介護予防ケアマネジメント利用の手続き	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に契約書、重要事項説明書について説明する。</li> <li>・契約を締結する。</li> <li>・居宅介護支援事業者に委託することについて利用者から了承を得る。</li> </ul>		
① アセスメント（課題分析）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要書類を交付し、居宅介護支援事業者へ委託する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要書類を入手し、利用者宅を訪問する。</li> <li>・受託について説明し、個人情報の取扱いの同意を得る。</li> <li>・利用者基本情報、アセスメントシートを利用しながら利用者の状況を把握する。</li> <li>・状況を踏まえ目標や支援策を提案し利用者調整する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者基本情報</li> <li>・アセスメントシート</li> </ul>
② ケアプラン作成（原案作成）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントの結果をもとに、課題と目標、支援計画を作成する。</li> <li>・サービス利用について、地域包括支援センター、サービス提供事業者等と調整をする。</li> </ul>	
③ サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出席し、支援方針等を確認する。</li> <li>・支援計画の妥当性確認する。（包括の意見・確認印）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者や家族、サービス提供担当者等とプランの内容や目標について協議し、共通認識を得る。</li> </ul>	
④ ケアプラン確定（本人等に交付）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や家族に地域包括支援センターの確認を受けた支援計画の内容について、説明し、同意を得る（同意の署名、同意した日付の記入）。</li> <li>・利用者、サービス提供事業者に介護予防サービス・支援計画表の写しを交付。</li> <li>・地域包括支援センターへ介護予防サービス・支援計画表を送付。</li> </ul>	
⑤ ケアプラン実行		<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画に基づき、適切にサービスが提供されるよう事業者と連絡調整を行う。</li> <li>・サービス提供事業所における個別サービス計画の作成を指導する。</li> </ul>	
⑥ モニタリング（給付管理）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて利用者宅を訪問する等の方法で支援計画の実施状況を把握する。</li> <li>・少なくとも3か月に1回は利用者宅を訪問し、状況確認を行う。</li> <li>・訪問しない月は、電話等により利用者の状況を確認する。</li> <li>・利用者の状況に変化があった時は必ず利用者宅を訪問し計画の見直しを行う。</li> </ul>	
⑦ 評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業者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・指導を行う。</li> <li>・提出書類の保管を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画に位置付けた期間が終了するときは、利用者宅を訪問して計画の達成状況を把握した後、評価表を作成し地域包括支援センターへ提出する。</li> <li>・新規に支援する利用者に対してはサービス利用開始から6か月経過後に評価を行う。（※）</li> </ul>	

(※) 対象者が適切なサービスを受け、利用者の目標とする生活を実現するためには、適切なケアマネジメントが重要となる。新規に支援する利用者の支援計画を立てる場合は、利用者の身体状況等の変化を適切に見極め、評価を行うことが望ましいと考える。新規の利用者に関しては、利用開始から6か月経過後に評価を行う。

### 3 介護予防ケアマネジメント費の請求・支払い

#### (1) 介護予防ケアマネジメント費の額

介護予防ケアマネジメントを実施した場合のケアマネジメント費は以下のとおり。

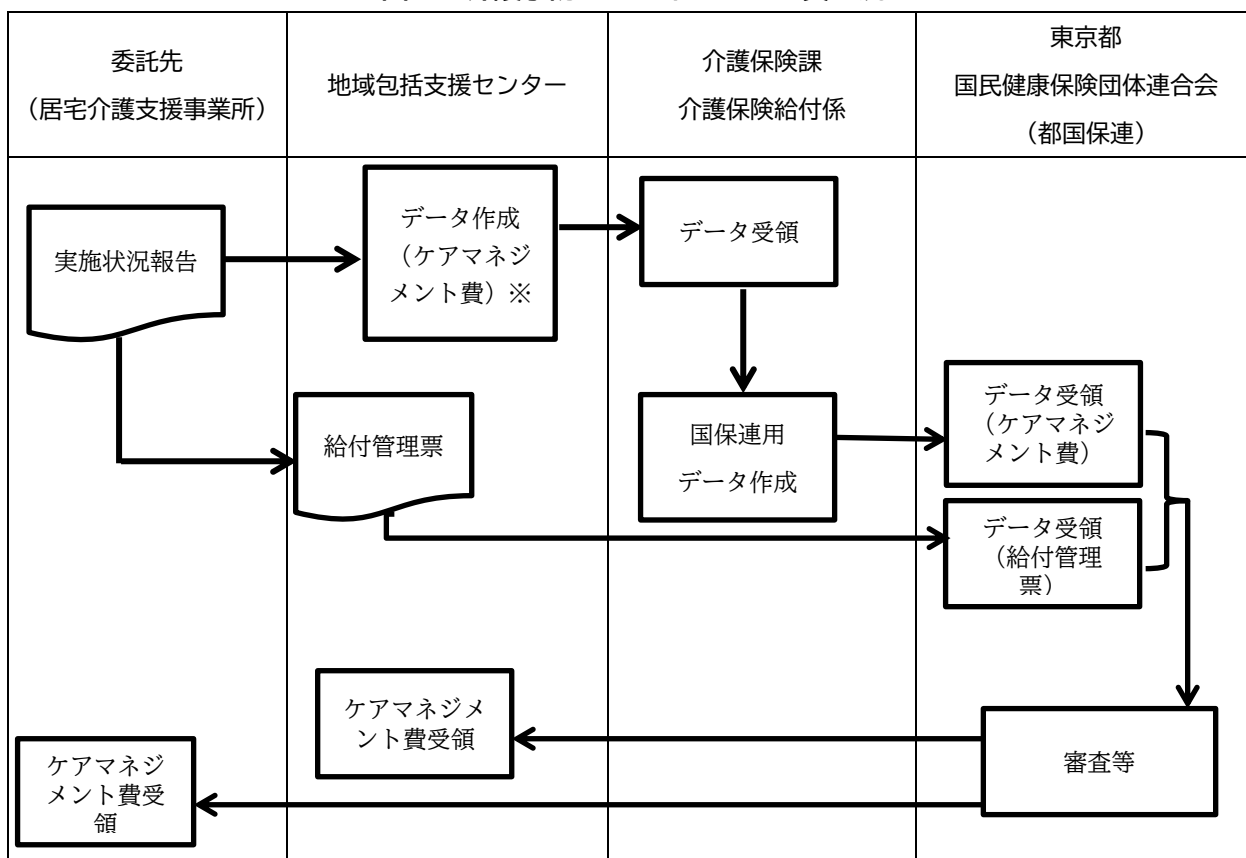
表8 介護予防ケアマネジメントの費用コード等

費用コード	費用コード略称	サービスの内容	単位数	支払額	委託料支払額	
					委託先居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
1010	ケアマネジメントA	原則的なケアマネジメント費の基本報酬	442	5,038 円	4,534 円	504 円
1011	ケアマネジメントA・初回	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回加算	742	8,458 円	7,612 円	846 円
1012	ケアマネジメントA・委託	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+委託連携加算	742	8,458 円	7,612 円	846 円
1013	ケアマネジメントA・初回・委託	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回加算+委託連携加算	1,042	11,878 円	10,690 円	1,188 円
1014	ケアマネジメントA・虐待防止減算	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算	438	4,993 円	4,494 円	499 円
1015	ケアマネジメントA・虐待防止減算・初回	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算+初回加算	738	8,413 円	7,572 円	841 円
1016	ケアマネジメントA・虐待防止減算・委託	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算+委託連携加算	738	8,413 円	7,572 円	841 円
1017	ケアマネジメントA・虐待防止減算・初回・委託	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算+初回加算+委託連携加算	1038	11,833 円	10,650 円	1,183 円
3010	ケアマネジメントC	初回のみケアマネジメント費の基本報酬 (※支え合い事業のみやその他の生活支援サービスのみの利用者p.10図4参照)	442	5,038 円	4,534 円	504 円
3011	ケアマネジメントC・虐待防止減算	初回のみケアマネジメント費の基本報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算	438	4,993 円	4,494 円	499 円

※令和6年4月報酬改定:基本報酬が4単位増、高齢者虐待防止措置未実施減算を設定。

## (2) 介護予防ケアマネジメント費の流れ

図5 介護予防ケアマネジメント費の流れ



※区に提出するデータは、都国保連が配布する入力ソフト又は各地域包括支援センターにて用意するデータ作成ソフトにより作成。

## 4 介護予防・日常生活支援総合事業の内容

介護予防・日常生活支援総合事業は、法改正前の予防給付による介護予防訪問介護、介護予防通所介護を移行し、要支援者等に対して必要な支援を行う「介護予防・生活支援サービス事業」と、第1号被保険者（65歳以上のかた）に対して体操教室や介護予防の普及啓発等を行う「一般介護予防事業」から構成される（平成27年4月1日法改正、目黒区介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱:同28年4月1日施行）。

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・生活支援サービス事業（法第115条の4第1項第1号）は、訪問型（第1号訪問事業）・通所型（第1号通所事業）・その他生活支援サービス（第1号生活支援事業）・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）で構成されている。目黒区では訪問型・通所型には、それぞれ共通のサービス名（事業名）をつけている。なお、サービス（事業）の名称は、各自治体によって異なる。



① 予防給付相当サービス (従前相当サービス)	指定事業者が提供する旧介護予防給付と同様のサービス。
② 独自基準サービス (従前相当サービス)	指定事業者が提供する旧介護予防給付のサービスのうち、サービス内容や事業費単位を変更したサービス。指定事業者の基準(人員・設備・運営)は、旧介護予防給付と同内容。
③ 支え合い事業 (サービスB)	住民主体の事業。
④ 短期集中予防サービス (サービスC)	専門職が短期集中的にかかわることにより機能改善を図る事業。

※目黒区ではサービスA及び訪問型サービスDは実施していない。

表9 介護予防・生活支援サービス事業の概要図

事業名	サービスの類型と内容
訪問型	<p>○予防給付相当サービス（A2） ホームヘルパーに訪問してもらい、食事・入浴・排せつなどの「身体介護」と、掃除・洗濯・調理などの「生活援助」を提供。1回のサービス提供時間に制限はない。</p>
	<p>○区独自基準サービス（A3） ホームヘルパーに訪問してもらい、掃除・洗濯・調理などの「生活援助」を提供。「身体介護」は緊急時以外受けることができない。1回のサービス提供時間は60分以内。家事代行可。</p>
	<p>○短期集中予防サービス 柔道整復師等が自宅を訪問し、介護予防に効果的な、個人の体力に合わせた自宅でできる運動等を指導し、生活機能向上を図る。心身の状況により通所が困難なかが対象（※身体状況により参加できない場合がある）。</p>
	<p>○支え合い事業 介護保険上の生活援助サービス（掃除、洗濯、ベッドメイク、衣類の整理、調理、買い物、薬の受取り）のうち、ケアプランに位置づけられた概ね1時間30分以内で終了する業務。 代行も可とする。ただし、本人が行えることは本人が行う。身体介護サービスは対象外とする。 ※一定の条件下で要介護者も利用が可能。（p.10参照）</p>
通所型	<p>○予防給付相当サービス（A6） 通所介護施設で、生活機能向上のための機能訓練（栄養改善、口腔機能の向上など）、食事や入浴などの日常生活支援を提供。1回のサービス提供時間は3時間以上。</p>
	<p>○区独自基準サービス（A7） 通所介護施設で、栄養改善、口腔機能向上などのプログラムや、食事や入浴などの日常生活支援を提供。1回のサービス提供時間は3時間未満。</p>
	<p>○短期集中予防サービス ①グループ型：集団での体操や講話、個別の面談や運動指導等で生活機能向上をめざす。区内2会場で週1回2時間。毎月初めから利用可能。 ②個別型：地域の接骨院等で、柔道整復師が介護予防に効果的な、個人の体力に合わせた運動等を指導する。 ※いずれも身体状況により参加できない場合がある。</p>
	<p>○支え合い事業 地域住民が主体となって、介護予防に効果がある体操、歌、手芸などのプログラムを行う、地域の通いの場。 ※一定の条件下で要介護者も利用が可能。（p.10参照）</p>
生活支援サービス	<p>○栄養改善配食サービス 食生活を改善するために、栄養バランスのとれている弁当を自宅に配達する。開始時、3か月後及び6か月後に食生活が改善しているかを評価する。</p>

ア 訪問型・予防給付相当サービス（A2）

対象者	要支援1・2及びサービス事業対象者	
	ケアマネジメントで本サービスの利用が適当と判断された者 例) ・入浴、排せつ、食事等の身体介護が必要な者 ・介護専門職が関与することにより利用者のIADL等の向上が見込まれる者	
提供時間	制限なし	
事業費	基本部分	<ul style="list-style-type: none"> <li>要支援1・2及びサービス事業対象者 週1回程度：1,176単位（月）</li> <li>週2回程度：2,349単位（月）</li> <li>要支援2（サービス事業対象者※） 週2回を超える程度：3,727単位（月）</li> </ul> ※旧介護予防訪問介護と同様 ※サービス事業対象者のうち、要支援2相当の単位数が必要として認められた者（p.9参照）
	加算・減算	国が定める単位数及び加算・減算要件と同様。 ただし、特別地域加算、小規模事業所加算、中山間地域等提供加算は設定しない。 ※詳細は「目黒区訪問型予防給付相当サービスコード表（A2）」のとおり。
	単価	11.4円
自己負担額	1～3割	
給付管理	有	

イ 訪問型・区独自基準サービス（A3）

対象者	要支援1・2及びサービス事業対象者	
	ケアマネジメントで本サービスの利用が適当と判断された者 例) ・入浴、排せつ、食事等の身体介護が不要な者 ・定期的に介護専門職等の状況確認が必要な者	
サービス内容	生活援助中心のサービス 入浴・排せつ・食事・通院介助等の身体介護は原則対象外 (ただし、緊急に必要な場合は提供可能)	
提供時間	1回60分以内	
事業費	基本部分	サービス提供時間45分未満 ・週1回程度：824単位（月） ・週2回程度：1,648単位（月） ・週2回を超える単価は設定しない。
	加算・減算	サービス提供時間45分以上60分以内 ・週1回程度：1,013単位（月） ・週2回程度：2,026単位（月） ・週2回を超える単価は設定しない。
	単価	11.4円
自己負担額	1～3割	
給付管理	有	

### ウ 訪問型・支え合い事業（p. 24～27参照）

対象者	要支援1・2、サービス事業対象者及び要介護おおむね1・2（一定の条件あり）
実施者	公益社団法人目黒区シルバー人材センター・社会福祉法人目黒区社会福祉協議会
利用料	1回 500円（別途交通費の負担がある場合がある。） ※介護保険居宅サービス等利用者負担額軽減認定証所持者は1回250円

### エ 訪問型・短期集中予防サービス

対象者	要支援1・2及びサービス事業対象者であって下記に該当する者 身体機能の低下がみられるが短期集中的な支援により改善が見込まれる者
実施方法	委託 1回/週（1時間） 全12回 事業名「自宅で筋トレ」
利用料	無料
問合せ先	介護保険課介護予防係

### オ 通所型・予防給付相当サービス（A6）

対象者	要支援1・2及びサービス事業対象者	
	ケアマネジメントで本サービスの利用が適切と判断された者 例）3時間以上の通所介護の利用が介護予防の観点から適切と判断された者	
提供時間	1回3時間以上	
事業費	基本部分	・要支援1・サービス事業対象者：1,798単位（月） ・要支援2（週1回程度）：1,811単位（月） ・要支援2・サービス事業対象者※（週2回以上程度）：3,621単位 ※サービス事業対象者のうち、要支援2相当の単位数が必要として認められた者（p.9参照）
	加算・減算	国が定める加算・減算要件と同様。 ただし、中山間地域等提供加算は設定しない。 単位数については、要支援1及び要支援2（週2回以上程度）は国が定めるものと同様。要支援2（週1回程度）は区が設定。 ※詳細は「目黒区通所型予防給付相当サービスコード表（A6）」のとおり。
	単価	10.9円
自己負担額	1～3割 食費等については実費負担	
給付管理	有	

#### カ 通所型・区独自基準サービス（A7）

対象者		要支援1・2及びサービス事業対象者
		ケアマネジメントで本サービスの利用が適当と判断された者 例) 栄養改善、口腔機能改善などのプログラムや日常生活支援をサービス利用の目的とし、かつ短時間の利用が適当と判断された者
提供時間		1回3時間未満
事業費	基本部分	・要支援1・サービス事業対象者：1,501単位（月） ・要支援2（週1回程度）：1,509単位（月） ・要支援2・サービス事業対象者*（週2回以上程度）：3,017単位（月） *サービス事業対象者のうち、要支援2相当の単位数が必要として認められた者（p.9参照）
	加算・減算	国が定める加算・減算要件と同様。 ただし、中山間地域等提供加算、同一建物減算、送迎未実施減算、一体的サービス提供加算は設定しない。 単位数については、要支援1及び要支援2（週2回以上程度）は国が定めるものと同様。要支援2（週1回程度）は区が設定。 ※詳細は「目黒区通所型区独自基準サービスコード表（A7）」のとおり。
	単価	10.9円
自己負担額		1～3割 食費等については実費負担
給付管理		有

#### キ 通所型・支え合い事業（p.28～30参照）

対象者	要支援1・2、サービス事業対象者及び要介護者（一定の条件あり）で、自力で開催場所まで通うことができる者
実施方法	実施団体の登録
利用料	実施団体による

#### ク 通所型・短期集中予防サービス

対象者	要支援1・2及びサービス事業対象者であって下記に該当する者 身体機能の低下がみられるが短期集中的な支援により改善が見込まれる者
実施方法	①委託（グループ型）1回/週（2時間）全12回 事業名「“できる”を応援 Let's トライ！」 ②委託（個別型）2回/週（1時間）全28回 事業名「接骨院・整骨院で筋トレ」
利用料	① 1,800円 ② 4,200円 ※介護居宅サービス等利用者負担額軽減認定証所持者は半額
問合せ先	介護保険課介護予防係

## ケ 生活支援サービス（栄養改善配食サービス）

対象者	要支援1・2及びサービス事業対象者であって、基本チェックリストにおいて項目11、12両方に該当する者
実施方法	委託
利用料	1食あたり100円の補助
問合せ先	高齢福祉課在宅事業係

## （2）一般介護予防事業

### ア 普及啓発事業

介護予防に関するパンフレット配布や講座・講演会を開催し、介護予防活動の重要性を周知する。目黒区では、概ね年2回介護予防通信を発行。また区報やホームページで募集し、以下の教室を実施している。

対象	主な事業内容
要支援・要介護認定を受けていない方	椅子トリム de フレイル予防（バランスよく全身を動かし、筋力・柔軟性・瞬発力を養うプログラム。教室終了後も継続できることをめざす。）
どなたでも参加可（先着）	① お口と食の健康体操教室（唾液の分泌を促したり、誤嚥性肺炎の予防になる口腔や全身の体操、栄養摂取のポイントを学ぶ。） ② ひざの痛み予防講習会（足の筋肉を鍛えてひざの安定化を図り、痛みを予防する方法を講話と実践で学ぶ。） ③ 介護予防まるごと教室（老人いこいの家で運動の習慣化を図り、あわせて脳の活性化を促すヒントを楽しみながら学ぶ。） ④ 脳リフレッシュ講座（脳の活性化を促す運動や、ゲームの要素を取り入れた脳トレなどを行う、心も体も喜ぶ教室。）

### イ 地域リハビリテーション活動支援事業

#### （ア）リハビリテーション専門職等派遣事業

月2回以上、主に運動に取り組むグループにリハビリ専門職を派遣し、適切な運動内容についての助言や講話、グループ活動の支援等を行う。

#### （イ）介護予防ケアマネジメント支援事業

介護予防ケアマネジメント実施の際のアセスメントやサービス担当者会議等で、作業療法士がリハビリテーションの視点から利用者の生活課題の抽出や身体機能の状況を把握し、介護予防の取り組みによる生活機能・行為改善の見通しについて助言し、自立支援につながるよう支援する。

### ウ 介護予防把握事業

介護予防把握事業は、例えば、次に掲げる方法等により、地域の実情に応じ、効果的かつ効率的に収集した情報等を活用して、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へつなげることを目的とする。

- ① 要介護認定及び要支援認定の担当部局との連携による把握
- ② 訪問活動を実施している保健部局との連携による把握
- ③ 医療機関からの情報提供による把握
- ④ 民生委員等地域住民からの情報提供による把握
- ⑤ 地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握
- ⑥ 本人、家族等からの相談による把握
- ⑦ 特定健康診査等の担当部局との連携による把握
- ⑧ その他市町村が適当と認める方法による把握

なお、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握するために、訪問することも可能である。

## 工 地域介護予防活動支援事業

住民運営による介護予防に資する活動を充実させ、高齢者が地域の中で生きがい・役割を持って生活できるような居場所づくりと出番づくり等を行う。具体的には、歩いて通える範囲に目黒区シニア健康応援隊（介護予防リーダー）をはじめとする介護予防活動グループの充実・拡大を図り、住民が継続して介護予防に取り組めるよう支援を行う。

### (ア) 「シニアの部活」

事業参加者が介護予防について学び、事業終了後もセルフマネジメントを行い、地域で介護予防活動に取り組めるよう、知識と技術等の習得を図る。

また事業を通じて参加者が自主活動グループを創設することで、事業終了後も介護予防の取組を継続できるよう支援し、地域づくりによる介護予防の推進を図る。

事業名	コース数	回数	時間	定員
めぐろ手ぬぐい体操グループづくりコース (運動・栄養・口腔複合型)	5コース	1コース 16回	120分	各20人
脳に効く！ウォーキンググループづくりコース (認知症予防)	5コース			

### (イ) めぐろ手ぬぐい体操グループ

※会場や日時は変更する場合あり

名称	会場	曜日	時間
青葉台おきらく会 手ぬぐい体操青葉台 ぐんぐんのびのび手ぬぐい体操	区営青葉台一丁目アパート集会所	木	午前
「元気いちばん」の会	区営清水町アパート2階集会室	火	午後
手ぬぐい体操なかめぐろ	特別養護老人ホーム中目黒	月	午前

さん9倶楽部手ぬぐい体操	さんホーム目黒	木	午後
めぐろ楽々体操くらぶ	平町老人いこいの家	水	午後
手ぬぐい体操鷹番	鷹番会館	金	午後
手ぬぐい体操東が丘	特別養護老人ホーム東が丘 他	月	午後
手ぬぐい体操東山	特別養護老人ホーム東山 他	金	午前
碑文谷さわやかクラブ	区営碑文谷アパート集会所	火	午後
手ぬぐい体操らくらく田道	田道老人いこいの家	木	午後
手ぬぐい体操こぶしえん	こぶしえん	木	午後
ゆうてんじ手ぬぐい体操	中町東町会事務所	金	午前

## 5 利用者負担軽減制度

「高額介護予防サービス費に相当する事業」「高額医療合算介護予防サービス費に相当する事業」は、予防給付相当サービス及び区独自基準サービスに適用する。

目黒区独自の利用者負担額軽減制度（目黒区介護保険居宅サービス等利用者負担額軽減認定証（以下「軽減認定証」という。）は、予防給付相当サービス及び区独自基準サービスに適用する。なお、支え合い事業及び短期集中予防サービス（通所型）は、軽減認定証を受付時に示した場合に限り、負担額の軽減を行う。

## 6 給付制限

保険料滞納者に対する給付制限は、総合事業のサービスについては当面適用しないこととする。



## 参考資料・様式

## **(1) 訪問型支え合い事業の概要**

### 1 実施目的

事業者が実施する有資格者のサービス（予防給付相当サービスや区独自基準サービス）とは別に、住民主体のサービスである「支え合い事業」を実施することにより、利用者のサービス選択の幅を拡大するとともに、担い手の活動する場を設けることを目的とする。利用者と担い手が支え合う事業である。

### 2 事業開始

平成28年10月1日

### 3 実施団体

「公益社団法人目黒区シルバー人材センター（以下「シルバー」という。）」及び「社会福祉法人目黒区社会福祉協議会（以下「社協」という。）」の両団体（以下「実施団体」という。）を指定事業者とし、事業を実施する。

### 4 サービス提供者

シルバー及び社協の協力会員のうち、目黒区又は実施団体が主催する訪問型支え合い事業担い手養成研修を受講した者

### 5 利用対象者

(1) 要支援1・2の認定者及びサービス事業対象者

(2) 要介護者（おおむね要介護1・2）

※ただし、要介護認定前から支え合い事業を利用しており、**介護給付と併用利用する場合のみ利用可**。ケアマネジメントCによる支え合い事業単独での利用は不可とする。

### 6 対象サービス（詳細はp. 25「利用できるサービス」のとおり。）

介護保険上の生活援助サービス（掃除、洗濯、ベッドメイク、衣類の整理、調理、買い物、薬の受取り）のうち、ケアプランに位置づけられた概ね1時間30分以内で終了する業務。

代行も可とする。ただし、本人が行えることは本人が行う。身体介護サービスは対象外とする。

#### 【参考資料】

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について

（平成12年3月17日老計第10号厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知）

### 7 利用時間

原則、平日8時30分～17時00分

※おおむね17時までに業務完了とする。

### 8 利用回数

(1) 要支援1、サービス事業対象者及び要介護者の場合は、週2回を上限

(2) 要支援2の場合は、週3回を上限

なお、指定事業者が実施する予防給付相当サービス及び区独自基準サービスとの併給も可能とする。併給する場合は、指定事業者によるサービスも含めて上記回数を上限とする。

また、要介護者の支え合い事業の利用については、地域とのつながりが目的であり、介護給付を補完するものと位置付ける。

## 9 事業費

区は、本来利用者に支払うべき事業費（サービスに要する経費から利用料を除いた額）を、法定代理受領の仕組みにより、実施団体へ支払う。

## 10 利用料

1回あたり500円。

ただし、「目黒区介護保険居宅サービス等利用者負担額軽減認定証」を提示する者については、1回あたり250円。利用料の徴収方法は、実施団体が定める方法による。

## 11 キャンセル料

当日キャンセルの場合は、事前連絡の有無に関わらず、キャンセル料が生じる。利用者はキャンセル料500円を実施団体へ支払い、区は事業費を実施団体へ支払う。前日までにキャンセルの連絡があった場合は、キャンセル料は生じない。

## 12 交通費

実施団体はできるだけ交通費のかからない担い手を派遣するように努めるが、交通費がかかった場合は、実費を利用者に請求する。

## 13 同居親族がいる場合の取り扱い

介護給付や予防給付の取り扱いと同様、介護予防ケアマネジメントにより生活援助の必要性の有無を判断する。

### 利用できるサービス

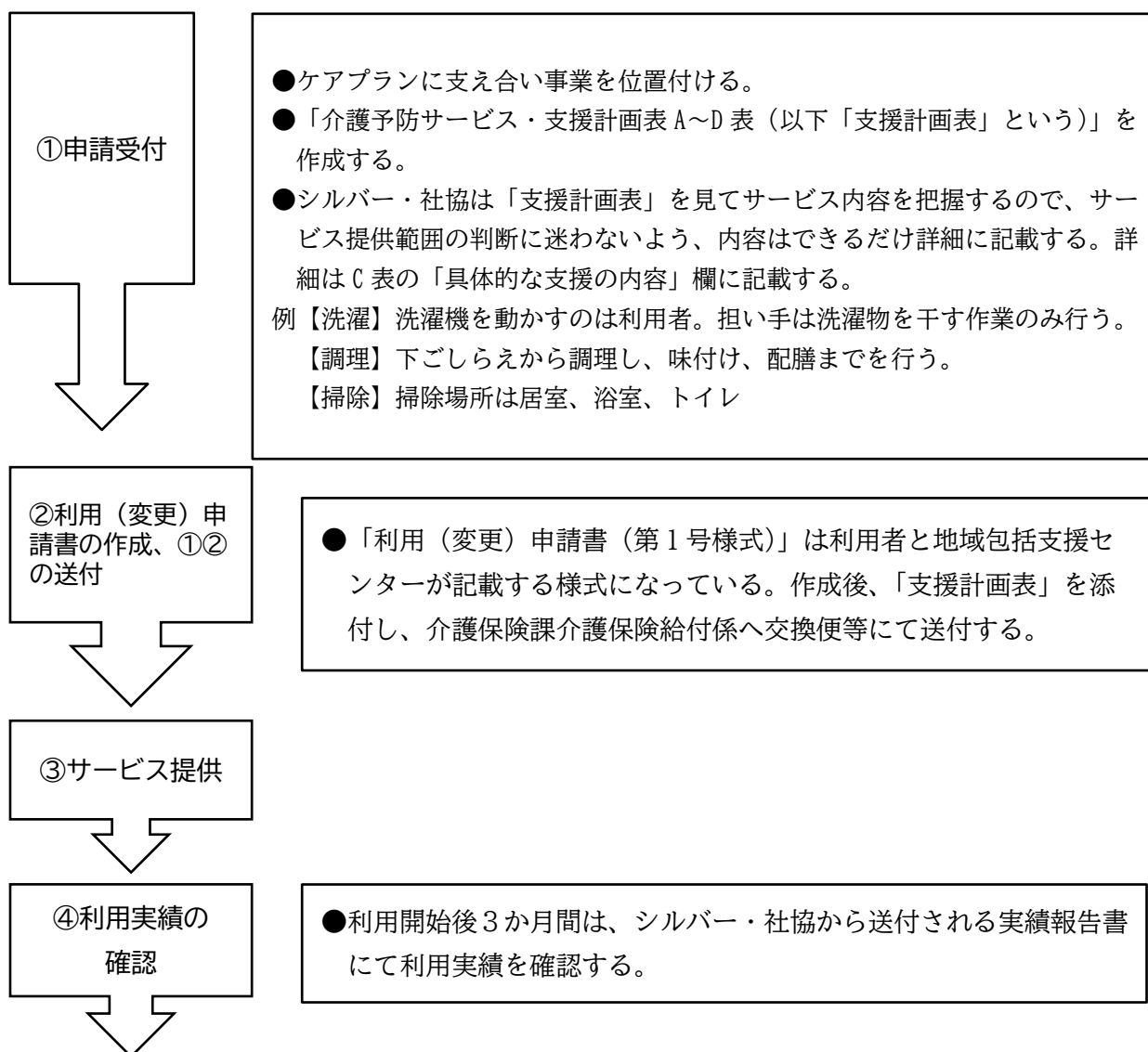
介護保険上の生活援助サービスのうち、ケアプランに位置づけられた概ね1時間30分以内で終了する業務。（ただし、実施団体によって実施可能な業務が異なります。）

掃除	居間、寝室、トイレ、浴室、台所等の清掃、ゴミだし、準備・後片付け
洗濯	洗濯機又は手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥（物干し）、洗濯物の取り込みとたたみ、収納、アイロンがけ
ベッドメイク	ベッドや布団のシーツ交換、布団カバーの交換、布団干し、布団の取り込み等
衣類の整理	衣類の整理、衣替え
調理	一般的な調理（食事の下ごしらえ、味付け、配膳、後片付け等）
買い物	日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣銭の確認などを含む）
薬の受取り	処方箋のある薬の受け取り

### 利用できないサービス

- 1、直接利用者の援助に該当しないサービス  
（例）利用者の家族のための家事や来客の対応など
- 2、日常生活の援助の範囲を超えるサービス  
（例）草むしり、ペットの世話、大掃除、床のワックスがけ、正月の準備など
- 3、身体介護を伴うサービス  
（例）入浴介助、排泄介助、食事介助、通院介助、服薬介助など

## 訪問型支え合い事業の流れ

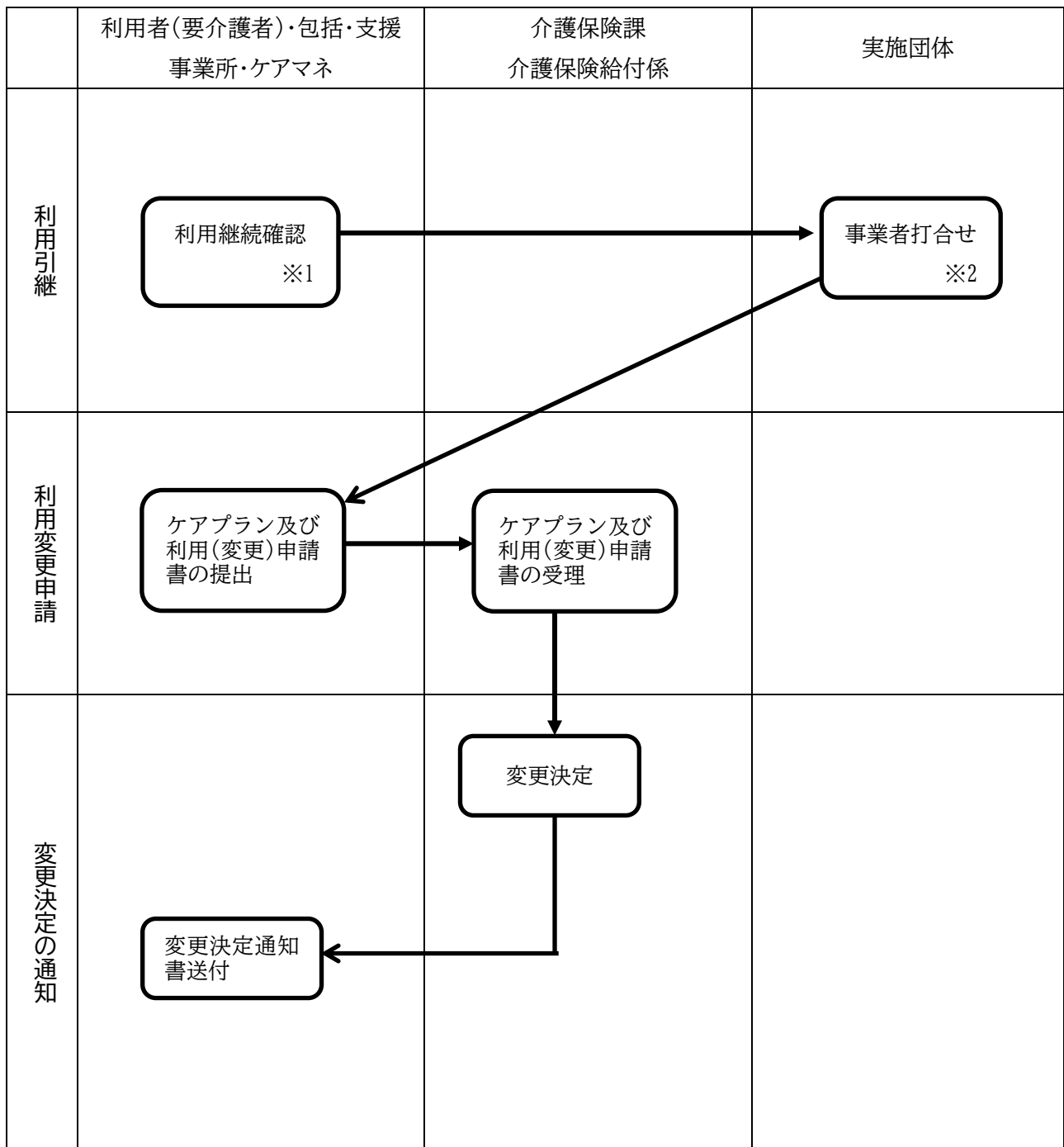


### 利用途中の変更手続き

変更内容	使用する様式	添付書類
実施団体	利用（変更）申請書【第 1 号様式】	
要介護状態区分 （要介護となり利用継続しない場合、自立への変更）	終了届出書【第 5 号様式】	
利用の終了		
サービス内容・時間・回数	変更届出書【第 4 号様式】	介護予防サービス・支援計画表（A～D表）
要介護状態区分 （サービス事業対象者、要支援 1・2 又は要介護（利用継続する場合）間での変更）		
負担額軽減認定証の有無		
その他（住所）		

※委託の場合は、包括を居宅介護支援事業所としてください。

サービス事業対象者・要支援1・2→要介護認定を受けた時（おおむね要介護1・2）



※1 利用継続確認 → 包括職員+居宅ケアマネジャー +利用者本人（家族による代理でも可）

※2 利用継続を希望するが、実施団体がサービスの提供が出来ない等により合意が出来ない場合は、利用を中止し他のサービスに切り替える。

## (2) 通所型支え合い事業の利用について

### 1 通所型支え合い事業の概要

社協が助成をしているミニデイサービス及びふれあいサロンの実施団体のうち、以下の要件を満たす団体を支え合い事業実施団体として登録し、地域での通いの場の利用促進を図ることを目的とする。

#### (1) 事業実施団体としての要件

- ・要支援者等の利用が可能であること。
- ・利用者の過半数程度を区民が占める団体であること。
- ・定期的（週1回程度）に開催していること。
- ・活動内容に体操、運動等の介護予防の要素が含まれていること。
- ・活動時間が概ね2時間程度であること。

#### (2) 利用対象者

要支援1・2の認定者及びサービス事業対象者

#### (3) 事業実施団体

- ・碑ミニデイ（南部地区）（活動内容等はp. 30参照）
- ・ゆうゆうクラブ（中央地区）（活動内容等はp. 30参照）

### 2 利用方法

#### (1) 介護予防ケアプラン（以下「ケアプラン」という。）への位置づけ

通所型支え合い事業の利用をケアプランに位置づける。通所型支え合い事業のみのケアプランの場合は、ケアマネジメントCとして初回のみ介護予防ケアマネジメント費の請求が可能。

#### (2) 区への連絡

地域包括支援センター（委託を受けているケアマネジャー）から介護保険課介護保険給付係へ利用者情報について連絡する。事業実施団体には介護保険課介護保険給付係から連絡を行う。

#### (3) 活動見学

登録団体が利用可能の場合、地域包括支援センター（委託を受けているケアマネジャー）へ介護保険課介護保険給付係から活動見学の日程調整の連絡をする。なお、事業実施団体の定員等によっては、利用ができない場合がある。活動見学の際は地域包括支援センター（委託を受けているケアマネジャー）も同行すること。

#### (4) 利用開始

活動見学後、事業実施団体及び利用者の合意が得られれば利用開始。

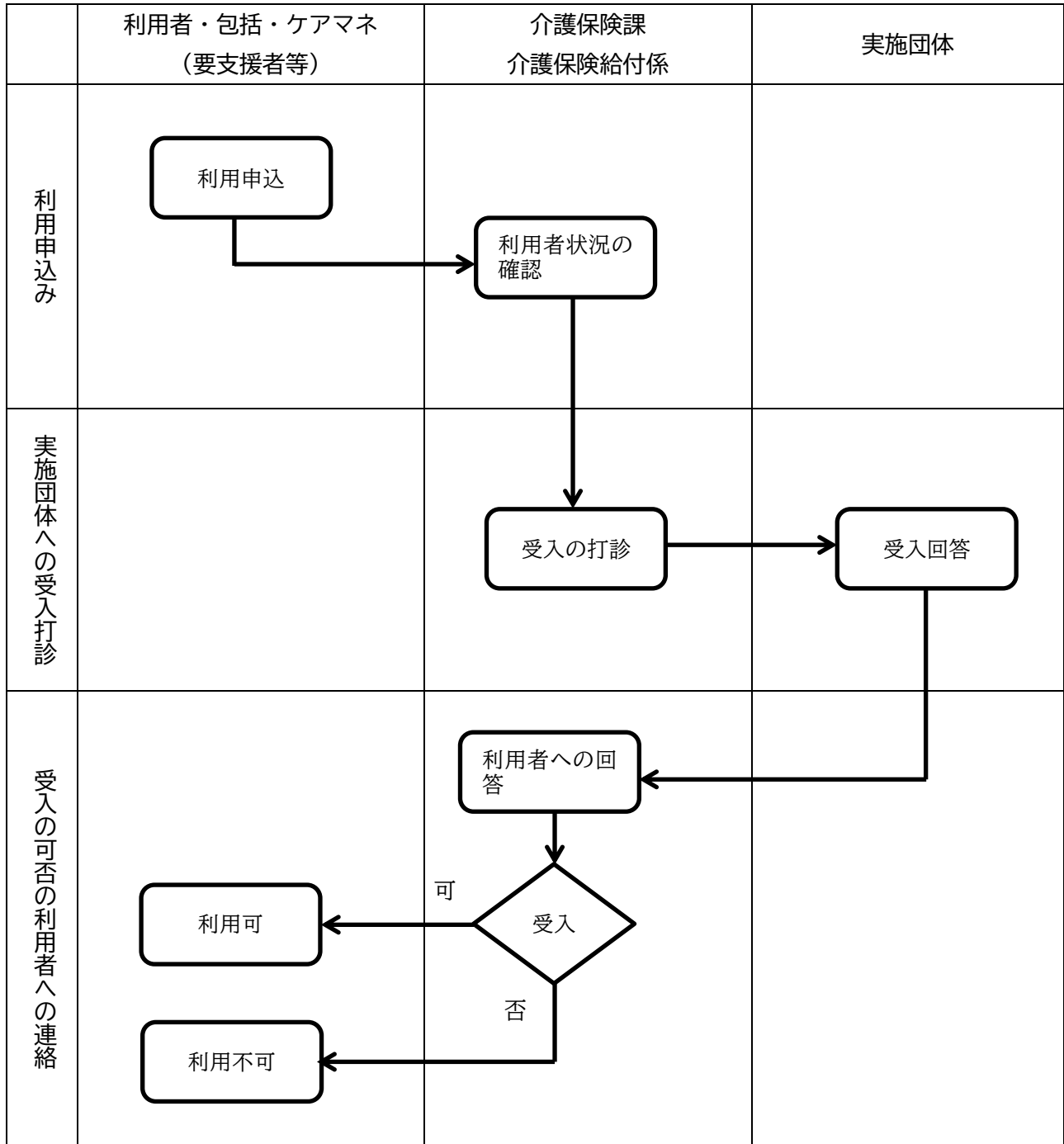
### 3 留意事項

- (1) 通所型支え合い事業は、住民主体の活動なので「サービス提供者」と「利用者」という関係ではなく、ともに活動に参加する事業であることに留意すること。
- (2) 現在のところ通所型支え合い事業の事業実施団体は、めぐろボランティア・区民活動センター（社協）が支援をしているミニデイ・ふれあいサロンの一部の実施団体となっている。上記2の手順に

よらず直接めぐろボランティア・区民活動センターに利用の問い合わせをすることも可能。(この場合は、ケアプランへの位置づけは不要。)

(3) 利用に際して送迎等はないので、自力で通うことができる者が対象。

### 通所型支え合い事業の流れ



### 通所型支え合い事業実施団体

団体名	活動場所	活動日	プログラム内容	利用料
碑ミニデイ	碑住区センター	毎週水曜日 午前10時～午前12時	手ぬぐい体操・歌・脳トレ・ゲーム等	無料
ゆうゆうクラブ	上目黒住区センター	第二・第四月曜日 第一・第三火曜日 水曜日、金曜日 午前10時～午後3時 第二・第四火曜日 午前10時～午前12時	体操・おしゃべり・(曜日によって)絵・朗読・フラダンス・歌・折り紙・手品等 年に3～4回食事会を土曜日に開催	無料



### (3) 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 ヶ月で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか	6 ヶ月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6 ヶ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 ヶ月以内の値を、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 ヶ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	

**(4) 参考様式1 利用者基本情報**

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 ( )			
フリガナ 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)			<b>家族構成</b> ◎=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・過ごし方			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。

令和 年 月 日 氏名

**(5) 参考様式2 総合事業サービス事業対象者に係る支給限度基準額変更申出書**

年 月 日

目黒区長 あて

包括支援センター長

総合事業サービス事業対象者に係る  
支給限度基準額変更申出書

下記のとおり、目黒区介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第13条第2項による、支給限度基準額の変更について申出をいたします。

被 保 険 者 番 号			
氏 名			
住 所			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	才
基本チェックリスト実施日	年 月 日		
利用サービス			
事業者名			
本人の状態 (病歴・現在の介護状態等)			
家族の状況 (家族構成・介護者の有無等)			
今後の見通し (支給限度基準額変更期間終了後の 目標やその後の対応について)			
支給限度基準額変更期間 (最大3カ月目の末日まで)	年 月 日 ~ 年 月 日		
包括支援センター担当職員又は 委託事業所の介護支援専門員	事業所名		
	氏 名		

※基本チェックリストを添付すること。

(6) 参考様式3 介護予防・日常生活支援総合事業 要介護認定申請状況確認票

年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業 要介護認定申請状況確認票

目黒区健康福祉部介護保険課長 宛て

包括支援センター

所長

年 月 日に提出した事業対象者の要介護認定申請(同時申請)の状況は下記のとおりです。

記

対象者	被保険者番号	氏 名
要介護認定申請(同時申請)の有無	<input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 同時申請あり	申請日 年 月 日

以 上

担当 所属  
氏名  
連絡先

**(7) ケアマネジメントCのケアプラン記載内容**

・A表

No. _____		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
介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)((1/3))					
様 ※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					
認定年月日 _____ 年 月 日		認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日			
計画作成者氏名 _____		委託の場合： 担当地域包括支援センター			
計画作成事業者 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)					
目標とする生活	1日、1週間、 または1月	利用者の状態に応じてどちらかを記入。			
	1年				
総合的な方針 (生活の不活発化の改善 ・予防のポイント)					
【地域包括支援センター記入欄】				【利用者記入欄】	
担当地域 包括支援 センター	名称		確認印		
	意見 (居宅介護支援事業所へ委託の場合 必要)				
				介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。  年 月 日  氏名 _____ 印 _____	

・B表

No. _____		介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)((2/3))				
利用者名 _____ 様		計画作成(変更)日 _____ 年 月 日				
※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						
【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】			【必要な事業プログラム】			
			運動器の 機能向上	栄養改善	口腔機能 の向上	閉じこもり 予防
						物忘れ予防
					うつ予防	
現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	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 本人・家族の意向	
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
その他の事項について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

・C表

No. _____																	
介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)((3/3)																	
利用者名 _____ 様			計画作成(変更)日 年 月 日														
※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																	
目標	支 援 計 画																
	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容	※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間										
()	本人の取組	家族・地域の支援、民間サービス等	※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間										
		介護保険サービス 地域支援事業 給付事業のサービス															
		本人の取組															
	()	本人の取組						※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間					
		家族・地域の支援、民間サービス等															
		介護保険サービス 地域支援事業 給付事業のサービス															
	()	本人の取組											※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間
		家族・地域の支援、民間サービス等															
		介護保険サービス 地域支援事業 給付事業のサービス															

※介護予防・生活支援サービスの場合は記載する。

※1 介護予防・生活支援サービスの場合は、○をつける。

【本表行うべき支援実施できない場合・当面の方針】

・D表(訪問型支え合い事業の場合は必須)

D表									
No. _____									
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	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
	16:00								
午後	18:00								
	20:00								
	22:00								
夜間	0:00								
	2:00								
	4:00								
週単位以外のサービス									



# (8) 目黒区版介護予防ケアマネジメントアセスメントシート

平成31年3月1日版

## 目黒区版介護予防ケアマネジメントアセスメントシート

作成日 年 月 日 初回 ・ 継続

利用者氏名:

### 1 運動・移動

No.	質問項目	選択肢	詳細内容	意欲等	特記事項・課題
1-1	バスや電車で一人で外出していますか【基】	0. はい 1. いいえ			
1-2	交通機関を利用して外出することができる	1)ひとりで行ける《利用している交通機関》電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他( ) 2)できない		<input type="checkbox"/> 交通機関を利用して外出できるようになりたい。	
1-3	外出:病院に行く	1)行ける(手段 ) 2)誰かに頼む 3)行けない	主な支援者	<input type="checkbox"/> ひとりで行けるようになりたい。	
1-4	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか【基】【運動】	0. はい 1. いいえ			
1-5	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【基】【運動】	0. はい 1. いいえ			
1-6	15分くらい続けて歩いていますか【基】【運動】	0. はい 1. いいえ			
1-7	屋外を安全に歩くことができる	1)できる 2)自宅の周辺なら歩ける( m) 3)杖や補助具があれば可能 4)できない		<input type="checkbox"/> 屋外を安全に歩くことができるようになりたい。	
1-8	自宅内を安全に歩くことができる	1)できる 2)手すりや杖につかまれば可能 3)できない	転倒不安の内容	<input type="checkbox"/> 室内を不安なく歩けるようになりたい。	
1-9	信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	1)できる 2)何とかできる 3)できない			
1-10	この1年間に転んだことがありますか【基】【運動】	1. はい 0. いいえ			
1-11	転倒に対する不安が大きいですか【基】【運動】	1. はい 0. いいえ			

運動機能 / 5  
【3点以上で運動機能向上プログラム】

### 2 日常生活(家庭生活)について

No.	質問項目	選択肢	詳細内容	意欲等	特記事項・課題
2-1	日用品の買い物をしていますか【基】	0. はい 1. いいえ			
2-2	外出:日用品をかうお店に行く	1)行ける(手段 ) 2)誰かに頼む 3)行けない	外出場所	<input type="checkbox"/> ひとりで行けるようになりたい。	
2-3	預貯金の出し入れをしていますか【基】	0. はい 1. いいえ			
2-4	預貯金の出し入れをしていますか	1)している 2)行っていないが能力はある 3)一部している 4)できない	場所 主な支援者	<input type="checkbox"/> 自分で預貯金の出し入れをしたい	
2-5	公的書類の届け・契約	1)している 2)行っていないが能力はある 3)一部している 4)できない	主な支援者	<input type="checkbox"/> 自分で契約等をしたい	
2-6	調理	1)している 2)行っていないが能力はある 3)一部している 4)できない	行っていない内容	<input type="checkbox"/> 自分で調理をしたい	
2-7	掃除	1)している 2)行っていないが能力はある 3)一部している 4)できない	方法(掃除機・ほうき・拭き掃除・ワイパー)	<input type="checkbox"/> 自分で掃除をしたい	

No.	質問項目	選択肢	詳細内容	意欲等
2-8	洗濯	1)している 2)行なっていないが能力はある 3)一部している 4)できない	行っていない内容	<input type="checkbox"/> 自分で洗濯をしたい
2-9	ゴミ出し	1)している 2)行なっていないが能力はある 3)一部している 4)できない	行っていない内容	<input type="checkbox"/> 自分でゴミ出ししたい
2-10	買い物	1)している 2)行なっていないが能力はある 3)一部している 4)できない	場所 主な支援者	<input type="checkbox"/> 自分で買い物したい
2-11	電子レンジや洗濯機等の電気機器類の操作ができる	1)している 2)行なっていないが能力はある 3)一部している 4)できない		<input type="checkbox"/> 自分で電気機器類の操作をしたい

## 3 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

No.	質問項目	選択肢	詳細内容	意欲等	特記事項・課題
3-1	友人の家を訪ねていますか【基】	0. はい 1. いいえ			特記事項・課題
3-2	友人と会う、連絡をとる頻度	1) 回/週 2)ほとんどない		<input type="checkbox"/> 今よりも会ったり連絡したい <input type="checkbox"/> 連絡したいができない <input type="checkbox"/> 連絡はしない	
3-3	親戚と会う、連絡をとる頻度	1) 回/週 2)ほとんどない		<input type="checkbox"/> 今よりも会ったり連絡したい <input type="checkbox"/> 連絡したいができない <input type="checkbox"/> 連絡はしない	
3-4	家族や友人の相談にのっていますか【基】	0. はい 1. いいえ			
3-5	週に1回以上は外出していますか【基】【閉じこもり】	0. はい 1. いいえ			
3-6	昨年と比べて外出の回数が減っていますか【基】	1. はい 0. いいえ			
3-7	外出頻度(通院以外)	1)毎日 2)2~3日程度 3)4~5日程度 4)1日程度	場所	<input type="checkbox"/> できるだけ外出したい <input type="checkbox"/> 外出したいができない <input type="checkbox"/> 外出したくない	
3-8	1日誰と過ごすことが多いか	1)家族 2)友人・知人等 3)ほとんど一人で過ごす	状況・理由		
3-9	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【基】【認】	1. はい 0. いいえ			
3-10	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【基】【認】	0. はい 1. いいえ			
3-11	今日が何月何日かわからない時がありますか【基】【認】	1. はい 0. いいえ			
3-12	火の始末は心配ですか	1)心配ない 2)迷う 3)消し忘れの経験あり			
3-13	身だしなみへの配慮をしているか	1)気にしている 2)気にならなくなった		<input type="checkbox"/> いつも清潔でいたい <input type="checkbox"/> 清潔でいたいけど、うまくできない <input type="checkbox"/> 汚れは気にならない	
3-14	悪徳商法への注意	1)注意している 2)注意していない 3)被害経験あり			
3-15	情報の収集源・関心事	1)家族・友人等 2)近隣、地域(町会、民生委員) 3)新聞・チラシ 4)TV 5)ラジオ 6)インターネット			
3-16	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない【基】【うつ】	1. はい 0. いいえ			

No.	質問項目	選択肢	詳細内容	意欲等
3-17	趣味・楽しみがある	1)ある 2)ない	趣味・楽しみの内容	<input type="checkbox"/> 趣味活動をしたい <input type="checkbox"/> あうものがあれば参加したい
3-18	(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【基】【うつ】	1. はい 0. いいえ		
3-19	(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【基】【うつ】	1. はい 0. いいえ		
3-20	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない【基】【うつ】	1. はい 0. いいえ		
3-21	ボランティア活動や老人クラブ・町内会の活動に参加している	1)している 2)していない		<input type="checkbox"/> 参加したい <input type="checkbox"/> 参加したいが、自信がない <input type="checkbox"/> 参加したくない
3-22	役割(家事等の役割)や仕事を続けている	1)している 2)していない		<input type="checkbox"/> 役割・仕事をもちたい <input type="checkbox"/> 役割・仕事をもちたいけど、自信がない <input type="checkbox"/> 役割・仕事はしたくない
3-23	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする【基】【うつ】	1. はい 0. いいえ		
閉じこもり予防 <span style="float: right;">/1</span> 【1点以上で閉じこもり予防プログラム】				
認知症予防 <span style="float: right;">/3</span> 【1点以上で認知症予防プログラム】				
うつ病予防 <span style="float: right;">/5</span> 【2点以上でうつ病の予防支援】				

4 健康管理について

No.	質問項目	選択肢	詳細内容	意欲等	特記事項・課題
4-1	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか【基】【栄養】	1. はい 0. いいえ			
4-2	食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他(食/日) 5)決まってない	好きな食べ物 苦手な食べ物		
4-3	BMIが18.5未満ですか BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)【基】【栄養】	1. はい 0. いいえ			
4-4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか【基】【口腔】	1. はい 0. いいえ			
4-5	歯の手入れ(義歯含む)	・頻度(回/日・週・月) ・方法( )	歯科受診 有 無 手入れの主な支援者		
4-6	お茶や汁物等でむせることがありますか【基】【口腔】	1. はい 0. いいえ			
4-7	口の渇きが気になりますか【基】【口腔】	1. はい 0. いいえ			
4-8	医師からの運動制限	1)ない 2)運動を制限されている			
4-9	その他医師からの注意	1)ない 2)注意を受けている			
4-10	年1回の健康診断受診	1)受けている 2)受けいてない			
4-11	3か月前と比べた健康状態	1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよくない 5)よくない			

No.	質問項目	選択肢	詳細内容	意欲等	
4-12	睡眠の状況	1)よく眠れる 2)眠れないことがある (睡眠薬服用 有・無)	起床時間 就寝時間		
4-13	服薬管理の状況	1)指示どおり飲む 2)指示があれば飲む 3)できない	服薬管理している人		
4-14	1人で洗身	1)できる 2)何とかできる 3)できない	状況		
4-15	1人で浴槽をまたぐ	1)できる 2)何とかできる 3)できない	状況		
4-16	飲酒・喫煙はしますか	1)両方ともしない 2)飲酒する (種類 ・ 量/日) 3)喫煙する (本/日)			
4-17	トイレの失敗	1)ある 2)ない			
				栄養改善 /2 【2点以上で栄養改善プログラム】	
				口腔機能 /3 【2点以上で口腔機能向上プログラム】	

5 確認事項

No.	質問項目	選択肢	詳細内容	意欲等	特記事項・課題
5-1	自分のことは自分で決めていますか	1)決めている 2)概ね自分で決めている 3)決めていない	主な決定者		
5-2	すまいのことで何か問題はありますか	1)特に問題なし 2)問題あり	問題点		
5-3	経済的な状況はどうですか	1)特に問題なし 2)問題あり	問題点 主な収入源		
5-4	家族や友人、近隣の人たちから支援を受けることができますか	1)現在は受けている 2)現在は受けていないが、受けることはできる 3)受けられない	受けられない理由 主な支援者(状況)		
				全般的な生活機能低下 /20 【うつ病を除く10点以上で生活機能の向上を図るプログラムへ】	

## (9) 目黒区版介護予防ケアマネジメントアセスメントシート記入上の留意点

### 1 目黒区版アセスメントシートの特徴

目黒区版アセスメントシート（以下「アセスメントシート」という。）は、基本チェックリストをベースに、その項目について深掘する質問項目と足りない情報を質問項目として追加している。質問項目は、介護予防サービス・支援計画表B表のアセスメント領域ごとにまとまっている。また、項目によって対象者の意欲を把握するための項目を設定しており、対象者本人の気持ちに沿った具体的な目標設定に効果的である。また、基本チェックリストによる領域ごとの生活機能低下の状況を把握できるため、一般介護予防事業への確につなげることができる。

質問数は5カテゴリー66項目と多岐にわたるため、初回面接では、基本チェックリスト項目と利用者の状況に応じた追加質問にとどめ、その後のモニタリング時等において適宜利用者像を把握するために利用することが望ましい。

### 2 記載上のルール

対象者が直接記入するのではなく、地域包括支援センター職員又は介護予防ケアマネジメントの委託を受けた介護支援専門員が対象者から聞き取り記入する。ただし、既に基本チェックリストを実施している場合は、改めて対象者から聴取することなく、その情報を転記しても構わない。

(1) 各項目についてさらに詳しく聞き取ったことや重要な情報、項目から導き出された課題などは「特記・課題等」の欄に記入する。

(2) 頻度についてチェックする項目（ただし、3 質問項目の考え方に記載がある場合を除く。また、基本チェックリスト項目については、「基本チェックリストの考え方」を参考にすること。）

「ある」：1週間に1回以上

「ない」：1カ月に1回未満

(3) 「できない」「行っていないが能力はある」

「できない」：心身と環境の状況を原因として、やろうとしてもできない場合のみ選択。

「行っていないが能力はある」：心身と環境の状況から「できない」とする理由がないのにその行為を行っていない場合を選択。

※項目を選択することにこだわるのではなく、その行為を実施している状況と対象者本人の持つ能力の差異は何を意味するのか、本人の目標設定に向けての課題があるのか、何を解決すればよいのかを考える材料とする。

### 3 質問項目の考え方

以下の考え方を踏まえ対象者に質問をすること。質問項目の記載内容をそのまま対象者に投げかけることが適当でない場合は、その対象者にあったフレーズに置き換えて質問すること。

以下の項目において基本チェックリスト項目には【基】、基本チェックリスト項目のうち生活機能低下を特定する項目には、【運動】【栄養】【口腔】【閉じこもり】【認知】【うつ】と記載している。

#### (1) 運動・移動

本人が行える身体運動（立ち上がる、しゃがむ、身体を支えるなどの運動行為）と本人が行える身

体移動（歩く、昇る、降りるなどの生活行為）に着目。

【運動】項目の5項目中3項目に該当した場合は、元気アップ足腰しっかり運動教室、からだ元気アップ教室(運動)、ひざの痛み予防講習会の参加を検討する。

No.	項目	内容
1-1	バスや電車で一人で外出していますか【基】	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る。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する。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る。
1-2	交通機関を利用して外出することができる	交通機関を利用した外出の有無と具体的な交通機関の内容を聞く。また、今はしていないが、交通機関を利用した外出の意欲があれば意欲等をチェックする。
1-3	外出：病院に行く	病院への通院手段を聞く。常に同行者がいる場合は、2)を選択し、主な支援者も記入。病院へ通院していない場合は、本人の能力を勘案して選択する。3)は、往診を利用するなどしている場合に選択する。
1-4	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか【基】 【運動】	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る。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とする。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」とする。
1-5	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【基】 【運動】	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る。時々、つかまっている程度であれば「はい」とする。
1-6	15分くらい続けて歩いていますか【基】 【運動】	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねている。屋内、屋外等の場所は問わない。
1-7	屋外を安全に歩くことができる	屋外の歩行の安全性、具体的な程度及び補助具の利用状況を記入する。「安全」とは本人の不安がないという意味。
1-8	自宅内を安全に歩くことができる	屋内の歩行の安全性、具体的な程度及び補助具の利用状況を記入する。「安全」とは本人の不安がないという意味。
1-9	信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	横断歩道とは、本人の生活圏域（買い物、通院等）上にあるものを指し、そこを渡りきることの可否を判断する。
1-10	この1年間に転んだことがありますか【基】 【運動】	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねている。
1-11	転倒に対する不安が大きいですか【基】 【運動】	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する。

## (2) 日常生活・家庭生活

家事（調理・掃除・洗濯・ゴミ出し・買い物等）や経済の管理などを行っているかに着目。

No.	項目	内容
2-1	日用品の買い物をしていますか 【基】	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）を尋ねている。頻度は、本人の判断に基づき回答。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となる。
2-2	外出：日用品を買うお店に行く	2-1の具体的な内容（手段・支援者）について確認する。2)・3)の場合に本人の意欲を確認する。
2-3	預貯金の出し入れをしていますか 【基】	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねている。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」とする。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」となる。
2-4	預貯金の出し入れをしていますか	2-3の具体的な状況を確認する。2)・4)の判断基準は「2記載上のルール」のとおり（以下2-11まで同じ。）。2)・3)・4)の場合に本人の意欲を確認する。
2-5	公的書類の届け・契約	当事者として介護保険サービスの利用契約等を行っているか確認。2)・3)・4)の場合に本人の意欲を確認する。
2-6	調理	3)は調理の過程のうち一部（（例）具材を切ることはできるが、火を使うことができない。）を行っていない場合に選択し、行っていない内容を具体的に記載する。2)・3)・4)の場合に本人の意欲を確認する。
2-7	掃除	3)は掃除のうち一部（（例）屈んでの拭き掃除、浴槽掃除等）を行っていない場合に選択する。1) 3)の場合は主に使用している掃除器具を選択する。2)・3)・4)の場合に本人の意欲を確認する。
2-8	洗濯	3)は洗濯の過程のうち一部（（例）洗濯機で洗うことはできるが、干すことができない。）を行っていない場合に選択し、行っていない内容を具体的に記載する。2)・3)・4)の場合に本人の意欲を確認する。
2-9	ゴミ出し	3)はゴミ出しのうち一部（（例）資源ごみが出せない。）を行っていない場合に選択し、行っていない内容を具体的に記載する。2)・3)・4)の場合に本人の意欲を確認する。
2-10	買い物	3)は買い物の過程のうち一部（重い荷物は人に頼んでいる。）を行っていない場合に選択し、行っていない内容を具体的に記載する。2)・3)・4)の場合に本人の意欲を確認する。
2-11	電子レンジや洗濯機等の電気機器類の操作ができる	電気機器は一般的に使用している・電子レンジ・炊飯器・掃除機とする。4)は上記が自宅内に使用可能な状態であるが使用していない場合に選択し、使用していない器具名を記載する。また、上記機器がない場合も記載する。2)・3)・4)の場合に本人の意欲を確認する。



### (3) 社会参加・対人コミュニケーション

地域の人々との交流の状況、知人・友人・親戚との人間関係の状況、サークル、地域内行事の参加と役割の有無についてアセスメントする。また、認知症やうつ等の兆候の有無についても着目する。

○【認知】項目の3項目中1項目に該当した場合は、元気アップ脳トレ運動教室、元気アップ脳トレ教室、ハツラツ脳トレ体操教室の参加を検討する。

No.	項目	内容
3-1	友人の家を訪ねていますか【基】	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねている。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含まない。
3-2	友人と会う、 連絡をとる頻度 回/週	3-1の具体的な頻度について記載。意欲等では会う頻度について本人の考えについて当てはまる項目を選択する。
3-3	親戚と会う、 連絡をとる頻度 回/週	親戚と会う頻度について記載。この場合の親戚とは、同居外の親子兄弟等を指す。意欲等では会う頻度について本人の考えについて当てはまる項目を選択する。
3-4	家族や友人の相談にのっていますか【基】	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねている。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とする。
3-5	週に1回以上は外出していますか【基】【閉じこもり】	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均する。
3-6	昨年と比べて外出の回数が減っていますか【基】	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」となる。
3-7	外出頻度（通院以外） 回/週	通院以外の外出の頻度について選択し、多く外出する先を記載する。意欲等では会う頻度について本人の考えについて当てはまる項目を選択する。
3-8	1日誰と過ごすことが多いか	1日を誰と過ごすことが多いか本人の主観的な判断で選択。2)を選択した場合は、どのような友人・知人と過ごすことが多いか、3)を選択した場合は、一人で過ごす理由を記載する。
3-9	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【基】【認知】	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」となる。
3-10	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【基】【認】	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る。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」となる。
3-11	今日が何月何日かわからない時がありますか【基】【認知】	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する。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となる。



No.	項目	内容
3-12	火の始末は心配ですか	火の始末に関して、該当項目を選択する。
3-13	身だしなみへの配慮をしているか	身だしなみへの配慮について、本人の主観的な判断により該当項目を選択する。
3-14	悪徳商法への注意	該当項目を選択する。
3-15	情報の収集源・関心事	情報の収集源について該当項目を選択する。（複数回答可。）
3-16	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない【基】【うつ】	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。
3-17	趣味・楽しみがある	現在の趣味・楽しみの有無を選択し、ある場合は具体的な内容を記載する。過去の趣味について聴取した場合は、特記事項に記載する。
3-18	（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【基】【うつ】	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。
3-19	（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【基】【うつ】	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。
3-20	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない【基】【うつ】	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。
3-21	ボランティア活動や老人クラブ・町内会の活動に参加している	本人が楽しむだけでなく、役割を持った活動の参加の有無を尋ねる。2)を選択した場合、該当する意欲の項目を選択する。以前に参加をしていた場合は、特記事項に記載する。
3-22	役割（家事等の役割）や仕事を続けている	自宅内での役割の有無を尋ねている。2)を選択した場合、該当する意欲の項目を選択する。以前に役割・仕事を担っていた場合は、特記事項に記載する。
3-23	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする【基】【うつ】	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。

#### （4）健康管理

定期受診や疾患の状況把握だけでなく、清潔、整容、栄養バランス、口腔ケア、食事等疾患予防と体力増進の視点からアセスメントする。

○【栄養】項目の2項目中2項目に該当した場合は、からだ元気アップ教室（栄養）、お口と食の健康教室の参加又は栄養改善配食サービスの利用を検討する。【口腔】項目の3項目中2項目に該当した場合は、からだ元気アップ教室（栄養）、お口と食の健康教室の参加を検討する。

No.	項目	内容
4-1	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか【基】【栄養】	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねている。6ヶ月以上かかかって減少している場合は「いいえ」となる。
4-2	食事回数	食事の回数について該当する項目を選択する。4)は1)～3)に該当しない場合には具体的な回数を記載する。好きな食べ物、嫌いな食べ物も聴取できた場合には記載する。
4-3	BMIが18.5未満ですか BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)【基】【栄養】	身長、体重は、整数で記載。体重は1ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えない。
4-4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか【基】【口腔】	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る。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」となる。
4-5	歯の手入れ（義歯含む） 頻度 回/日・週・月	義歯を含め歯磨きの回数と具体的な方法を記載する。
4-6	お茶や汁物等でむせることがありますか【基】【口腔】	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する。
4-7	口の渇きが気になりますか【基】【口腔】	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する。
4-8	医師からの運動制限	受診科は問わず医師から運動制限の有無を選択する。具体的な運動制限の内容は特記事項に記載する。また、自己判断で運動制限をしている場合（例）足の痛みがひどくなるので歩かないようにしている）も特記事項に記載する。
4-9	その他医師からの注意	運動制限以外の医師から受けている注意事項（糖分、水分の制限等）の有無について選択する。注意事項がある場合は、特記事項に記載する。
4-10	年1回の健康診断受診	健康診断の受診の有無を選択する。
4-11	3か月前と比べた健康状態	主観的健康感について、該当する項目を選択する。
4-12	睡眠の状況	睡眠の状況について該当項目を選択する。睡眠薬の服用の有無は、週3回以上服用している場合は「有」を選択する。

No.	項目	内容
4-13	服薬管理の状況	服薬の管理については、飲み忘れが週3回以上ある場合は、3)できないを選択する。
4-14	1人で洗身	2)は週2回以内の見守り、洗身介助を受けている場合を選択する。それ以上の見守り・介助を受けている場合は3)を選択する。
4-15	1人で浴槽をまたぐ	2)は週2回以内何らかの人的介助を受けている場合を選択する。それ以上の人的介助を受けている場合は3)を選択する。
4-16	飲酒・喫煙はしますか	現在の飲酒・喫煙の有無について該当項目を選択する。過去に飲酒・喫煙をしていた場合はその状況を特記事項に記載する。
4-17	トイレの失敗	直近1カ月以内に失禁等のトイレの失敗があった場合に1)を選択する。なお、尿漏れパット等を使用し、その処理を自分でやっている場合は2)を選択する。

#### (5) 確認事項

介護予防ケアマネジメント行う上で必要な、住環境・経済状況・人的支援等について確認する。

No.	項目	内容
5-1	自分のことは自分で決めていますか	自己決定の状況について尋ねている。本人の状況によっては、具体的な事柄（介護予防サービスの利用について）の自己決定について該当項目を選択しても良い。
5-2	すまいのことで何か問題がありますか	住環境の問題について尋ねている。本人が認識している問題がある場合は、2)を選択し、その内容を記載する。本人は認識していないが、アセスメント担当者が気付いた場合は、特記事項に記載する。
5-3	経済的な状況はどうですか	経済状況について尋ねている。本人が認識している問題がある場合は、2)を選択し、その内容を記載する。本人は認識していないが、アセスメント担当者が気付いた場合は、特記事項に記載する。
5-4	家族や友人、近隣の人たちから支援を受けることができますか	インフォーマル支援の状況について尋ねている。1)は、月3回以上の何らかの支援を受けている場合を選択する。

#### 4 介護予防・生活支援サービス事業の利用対象者の「めやす」

介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）の利用対象者について、利用者本人の意向を踏まえつつ、利用者基本情報・アセスメントシートの記載内容等に沿って、利用するサービスや参加する活動を判断。高齢者の心身の状況等に応じた多様なサービスの利用や活動への参加につなげ、介護予防を推進する。実際の判断に当たっては、以下の「めやす」を参考にしつつ、利用者個々人の多様な状況等に即して判断を行う。

訪問・通所	サービス名称	利用対象者の「めやす」
訪問型サービス	(1) 予防給付相当サービス	<p>○身体介護的な支援が必要な利用者 1-2 が 2)、1-3・1-8・1-9・4-14 のうちいずれかが 3) 4-15 が 2)又は 3)</p> <p>又は</p> <p>○自立支援のための積極的な支援が必要な利用者 2-2・2-4・2-6・2-7・2-8・2-9・2-10・2-11 の各質問項目の選択肢が 1)以外で、かつその質問項目の意欲欄にチェックあり</p> <p>又は</p> <p>○特別な配慮が必要な利用者 基本チェック項目【認知】の 3 項目のうち 1 項目以上該当</p>
	(2) 区独自基準サービス	<p>○家事支援が必要な利用者 (1) 以外の者で、2-2・2-4・2-6・2-7・2-8・2-9・2-10・2-11 の各質問項目の選択肢が 1)以外</p> <p>かつ</p> <p>○日常の様子を見守る必要性が高い利用者</p>
	(3) 支え合い事業	<p>○家事支援が必要な利用者であって、日常の様子を見守る必要性が低い利用者</p>
	(4) 短期集中予防サービス	<p>○短期間で運動器機能の向上が図れる見込みのある利用者 基本チェックリスト項目【運動】の 5 項目のうち 3 項目以上該当 1-3・1-7・1-8・2-2 の各質問項目の意欲欄にチェックあり</p> <p>かつ</p> <p>○自宅での個別プログラムが適している利用者</p>
通所型サービス	(5) 予防給付相当サービス	<p>○3 時間以上の運動機能プログラムが適している利用者</p> <p>又は</p> <p>○レスパイト的な利用が必要な利用者</p>
	(6) 区独自基準サービス	<p>○短時間の運動機能プログラムが適している利用者</p> <p>又は</p> <p>○日常生活支援に特化したサービスが適している利用者</p>
	(7) 支え合い事業(地域の集いの場を含む。)	<p>定義なし</p>
	(8) 短期集中予防サービス	<p>○短期間で運動器機能の向上が図れる見込みのある利用者 基本チェックリスト項目【運動】の 5 項目のうち 3 項目以上該当 1-3・1-7・1-8・2-2 の各質問項目の意欲欄にチェックあり</p> <p>かつ</p> <p>○教室形式のプログラムが適している利用者</p>
生活支援サービス	<p>栄養改善配食サービス</p>	<p>○栄養状況に問題がある利用者 基本チェックリスト項目【栄養】の 2 項目中すべてに該当</p>

**(10) 介護予防・日常生活支援総合事業の内容・構成**

介護給付（対象：要介護1～5）

介護予防給付（対象：要支援1～2）

**地域支援事業**

現在の地域支援事業は、大別すると「介護予防・日常生活支援総合事業」「包括的支援事業」「任意事業」で構成される。

**介護予防・日常生活支援総合事業**

介護予防・日常生活支援総合事業は、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」に分けられる。

**1 介護予防・生活支援サービス事業**

サービス事業		対象者
サ ー ビ ス の 種 別 ・ 通 所 型 ・ 訪 問 型	予防給付相当サービス	要支援1・2、サービス事業対象者
	区独自基準サービス	
	支え合い事業	要支援1・2、サービス事業対象者、 要介護認定者（※）
	短期集中予防サービス	要支援1・2、サービス事業対象者
生活支援サービス（栄養改善配食）		
介護予防支援（ケアマネジメント）		

※支え合い事業を利用していた者が要介護認定者となった場合、介護サービスを利用しながら支え合い事業を希望したときは介護給付と併用利用することが可能となった。（令和3年4月1日施行）

**2 一般介護予防事業**

事業内容	対象者
介護予防把握事業	65歳以上の全ての者及びその支援のための活動に関わる者
介護予防普及啓発事業	
地域介護予防活動支援事業	
一般介護予防事業評価事業	
地域リハビリテーション活動支援事業	

**包括的支援事業・任意事業**