

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務研修

介護予防・日常生活支援総合事業について



健康福祉局高齢在宅支援課

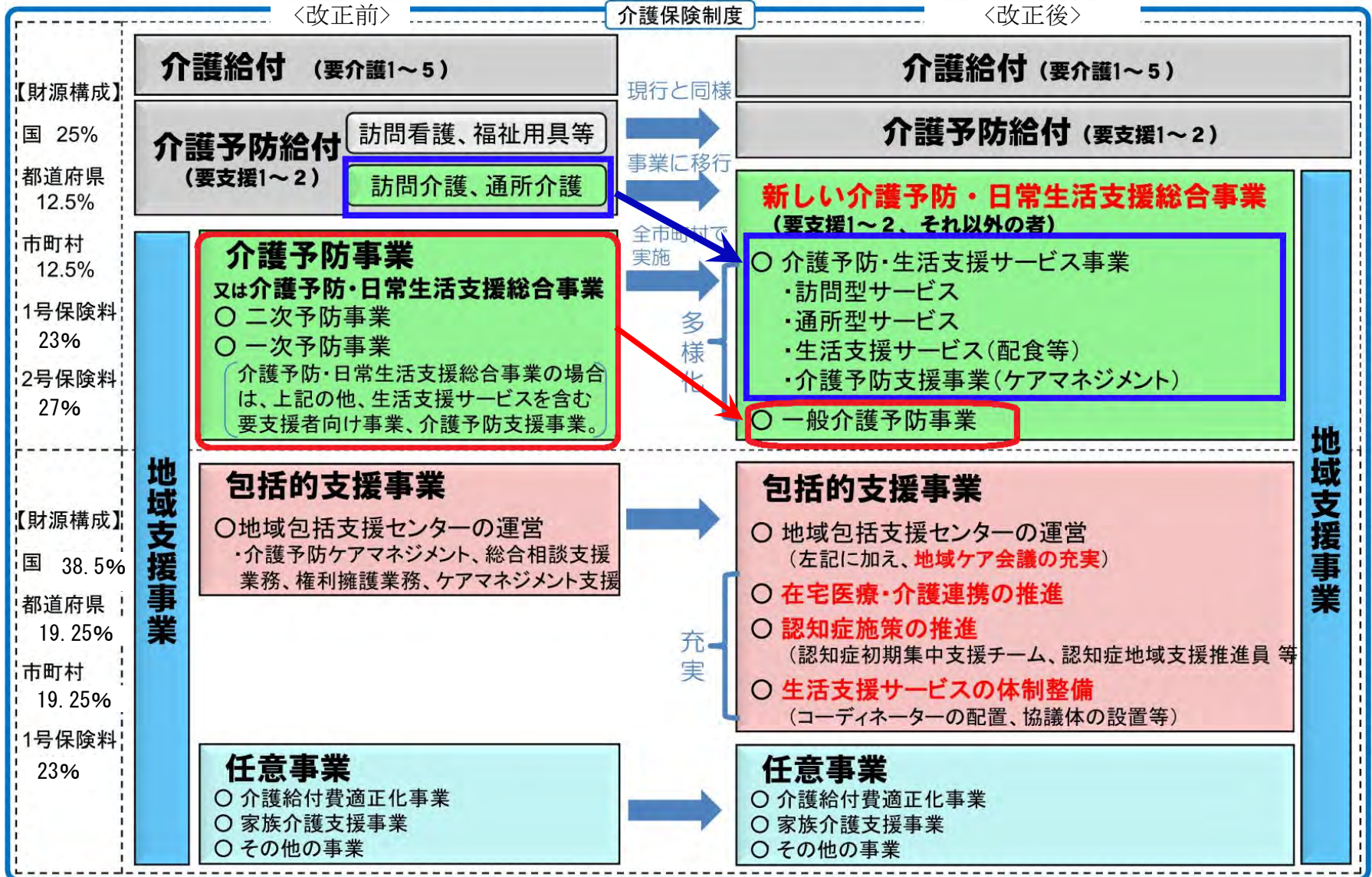
介護保険制度とは

- ◆平成12年（2000年）4月からスタート
- ◆介護が必要な状態になっても、できる限り自宅や住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるよう、真に必要な介護サービスを統合的・一体的に提供するしくみ

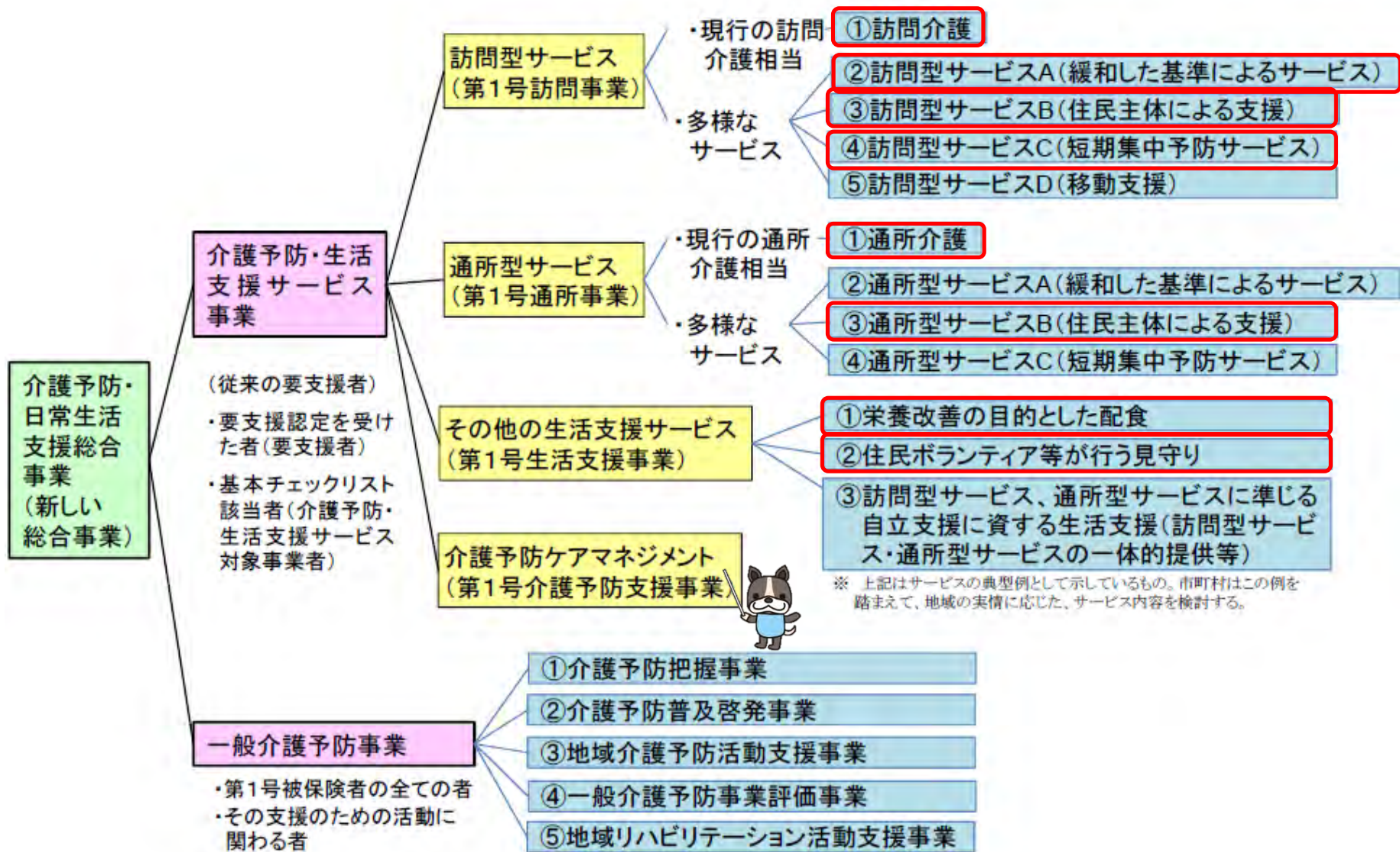
総合事業の始まり

- ◆平成26年6月「改正介護保険法」の成立により、介護予防給付が地域支援事業へ移行（平成27年4月施行）
- ◆平成28年1月から、横浜市で総合事業が開始

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



総合事業の構成



横浜市の介護予防・生活支援サービス事業一覧

サービス		事業概要
指定事業者によるサービス	横浜市訪問介護相当サービス（従前相当）	専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービスとして、旧介護予防訪問介護に相当するサービス（訪問介護員等によるサービス）を実施します。
	横浜市訪問型生活援助サービス（サービスA）	必ずしも専門的なサービスが必要でない方に、訪問介護員等に加えて、一定の研修修了者が生活援助を行います。
	横浜市通所介護相当サービス（従前相当）	専門的なサービスが必要と認められる場合に提供するサービスとして、旧介護予防通所介護に相当するサービス（通所介護事業者の従事者によるサービス）を実施します。
補助事業	横浜市訪問型支援（サービスB）	住民主体のボランティア等が定期的にご自宅に訪問し、買い物や掃除、洗濯、調理など、日常生活の支援を行います。
	横浜市通所型支援（サービスB）	住民主体のボランティア等が行う地域のサロンなどで、体操や趣味の活動など介護予防につながる活動に参加できます。
	横浜市配食支援（その他の生活支援サービス）	住民主体のボランティア等が定期的にご自宅に訪問し、栄養改善を目的とした配食などを行います。
	横浜市見守り支援（その他の生活支援サービス）	住民主体のボランティア等が定期的にご自宅に訪問し、安否確認や見守りを行います。
横浜市訪問型短期予防サービス（サービスC）		早期介入による閉じこもり予防・改善、社会参加の促進、介護予防を目的に、区福祉保健センターの看護師、保健師が3～6か月の短期間、訪問して支援を行います。本人の状態にあわせて、運動機能の維持改善や健康管理のための支援、地域の通いの場等多様なサービスへの参加支援などを行います。

高齢者の自立支援のためには…



介護保険サービスなどの専門職によるサービスだけではなく、
「多様な主体による」重層的な生活支援、介護予防、社会参加の機会
(地域とのつながり) があることが重要です。



地域にある様々な資源を『把握する・繋げる・はぐくむ』のが、
総合事業 と **生活支援体制整備事業** です。

今まで

要支援1・2

(全国一律の介護保険サービス)

予防給付



太郎さん 花子さん 一郎さん

したいことは
少しずつ違う
のにサービス
は一律・・・

介護事業所のみ



- ・介護予防訪問介護
- ・介護予防通所介護

自立

介護予防事業



元気な方

一次予防事業



要支援・要介護に
なりそうな方

二次予防事業

現在

要支援1・2・事業対象者

したいことを支
援できるように
多様な主体に
よるサービス

介護予防・生活支援サービス事業



今までのような専門的
なサービスが必要

太郎さん



必ずしも専門的なサー
ビスでなくてもいいけ
ど必要

花子さん



地域のサロンで皆と活
動すればしたいことが
続けられる

一郎さん

65歳以上の全ての高齢者

一般介護予防事業



- ・訪問介護相当サービス
- ・通所介護相当サービス
- …etc

地域のサロンなど
(NPO等が運営)



- ・介護予防・生活支援
サービス補助事業
(サービスB)

様々な健康づくり

これまでの高齢者支援

元気なうちは…



支援が必要になると…



介護が必要になると…



「できなくなっていること」を補う

のではなく・・・

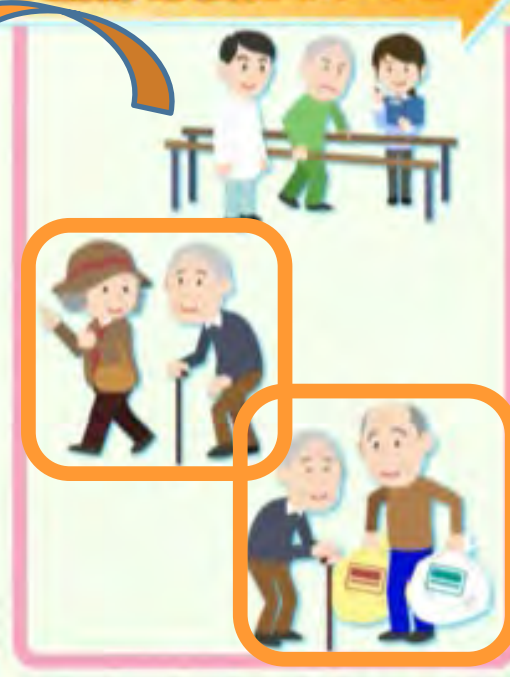
出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」(平成28年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)に追記

これからの高齢者支援

元気なうちは…



支援が必要になっても…



介護が必要になっても…



住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けていくために、

「したいこと」「今できていること」
を続けられるように支援する

ことが大切です。

出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」(平成28年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)に追記

自立に向けた介護予防ケアマネジメント



本人の想いをしっかりくみとる

- 生活の中の「はりあい」
- 生活の中の「楽しみ」
- 大切にしている付き合い

など、人生や生活で大切にしていること

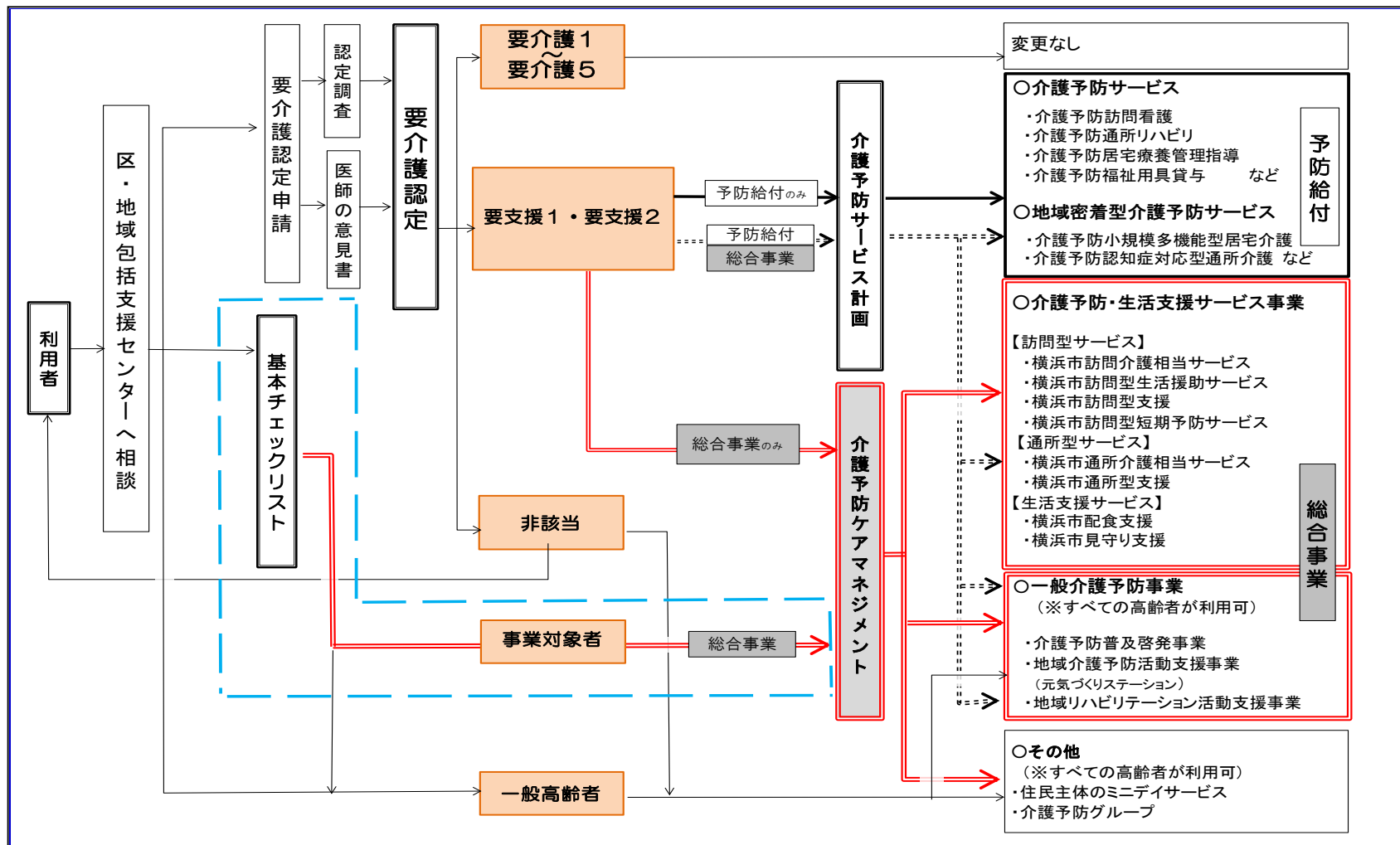


総合事業 ・ **生活支援体制整備事業**

地域にある様々な資源を『把握する・繋げる・はぐくむ』

出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」(平成28年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金)に追記

1 介護予防・生活支援サービス事業対象者及び利用手続



介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、要支援1・2、事業対象者となります。

2 『事業対象者』について

基本チェックリスト（※）で事業対象者の基準に該当し、『介護予防ケアマネジメント依頼届出書』を区役所へ提出することで『事業対象者』となります。

3 基本チェックリストについて

基本チェックリストは、必ずしも認定を受けなくても、ケアマネジメントを実施することで、必要なサービスを事業で利用できるよう、相談窓口において本人の状況を確認するツールです。本市では、平成28年10月より市内全域で活用しています。

◆基本チェックリストの基本的な考え方◆

初めて介護保険サービス（給付・総合事業とも）を利用しようとする方には、原則として活用していません。初回認定時は介護保険認定申請をご案内します。

【基本チェックリスト活用を検討する主な対象者】

(1) 要支援1・2の方で介護保険の更新申請の際に、以下の項目に該当する方

- 65歳以上
- 必要なサービスが「サービス事業のみ」で、5,032単位以内
- 当面の間、予防給付のサービスを利用する見込みがない
- 介護保険制度以外の行政・民間サービス等で、要支援認定を受けていないと利用できないサービス等の利用していない
- 基本チェックリストによる手続きを希望

(2) 区高齢・障害支援課または地域包括支援センターが必要と判断した方

4 基本チェックリストの実施主体

(1) 地域包括支援センター

原則、3職種対応します。※予防プランナーでも可

(2) 区役所

原則、保健師及び社会福祉職で対応します。

※ 参考：基本チェックリスト

横浜市介護予防・日常生活支援総合事業 基本チェックリスト																	
実施日：平成 年 月 日		実施機関：包括名()・委託先ケアマネジャー・区															
(ふりがな) 氏名		生年月日		明・大・昭 年 月 日		年齢		性別									
ご住所		横浜市 区		電話													
項目	No	質問項目	回答欄 (いづれかに○)				点数	備考	合計	点							
			点数	はい	いいえ	わからない											
日常生活	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				点							
	2	日用品の買物をしていますか	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											
運動機能	6	階段を歩いたりや壁をつたわらずに昇っていますか	0	はい	1	いいえ				点							
	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											
栄養	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	はい	0	いいえ				点							
	12	BMIが18.5未満である あなたのBMI=体重()kg÷身長()m÷身長()m 【例】体重50kg、身長155cmの場合 BMI 50kg÷1.55m÷1.55m=20.8	1	はい	0	いいえ											
口腔	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				点							
	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	口の通きが気になりますか	1	はい	0	いいえ											
外出	16	週に1回以上は外出していますか	0	はい	1	いいえ				点							
	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											
物忘れ	18	知りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1	はい	0	いいえ				点							
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることができますか	0	はい	1	いいえ											
認知	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				点							
	21	この2週間、毎日の生活に充実感がない	1	はい	0	いいえ											
	22	この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	この2週間、以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1	はい	0	いいえ											
	24	この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	この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											
	26	この2週間、わけもなく眠れなくなりましたか	1	はい	0	いいえ											
現在の健康状態 (いづれかに○)			よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない	2018.11									
介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたり、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の実施結果を横浜市、地域包括支援センター、その他必要な範囲で関係する者に提示することを同意します。																	
<事業対象者に該当する基準> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>□生活機能の低下 (他1～10までの項目のうち10点以上)</td> <td>□認知機能の低下 (他13～15までの項目のうち2点以上)</td> </tr> <tr> <td>□閉じこもり (他16～18)</td> <td>□閉じこもり (他16～18)</td> </tr> <tr> <td>□運動機能の低下 (他6～10までの項目のうち3点以上)</td> <td>□認知機能の低下 (他18～20までの項目のうち1点以上)</td> </tr> <tr> <td>□栄養改善 (他11～12の2項目のすべてに該当(2点))</td> <td>□うつ病の可能性 (他21～25までの項目のうち2点以上)</td> </tr> </table>										□生活機能の低下 (他1～10までの項目のうち10点以上)	□認知機能の低下 (他13～15までの項目のうち2点以上)	□閉じこもり (他16～18)	□閉じこもり (他16～18)	□運動機能の低下 (他6～10までの項目のうち3点以上)	□認知機能の低下 (他18～20までの項目のうち1点以上)	□栄養改善 (他11～12の2項目のすべてに該当(2点))	□うつ病の可能性 (他21～25までの項目のうち2点以上)
□生活機能の低下 (他1～10までの項目のうち10点以上)	□認知機能の低下 (他13～15までの項目のうち2点以上)																
□閉じこもり (他16～18)	□閉じこもり (他16～18)																
□運動機能の低下 (他6～10までの項目のうち3点以上)	□認知機能の低下 (他18～20までの項目のうち1点以上)																
□栄養改善 (他11～12の2項目のすべてに該当(2点))	□うつ病の可能性 (他21～25までの項目のうち2点以上)																
<包括 記入欄> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>基本チェックリストの結果：□該当 □非該当</td> <td>区障</td> </tr> <tr> <td>被保険者証に記載されている住所：□横浜市 □その他(※)</td> <td>障</td> </tr> <tr> <td>(※その他の場合、横浜市の場合、横浜市は総合事業の対象にはなりません。)</td> <td>障</td> </tr> <tr> <td>署名欄への記載：□有 □無</td> <td>障</td> </tr> </table>										基本チェックリストの結果：□該当 □非該当	区障	被保険者証に記載されている住所：□横浜市 □その他(※)	障	(※その他の場合、横浜市の場合、横浜市は総合事業の対象にはなりません。)	障	署名欄への記載：□有 □無	障
基本チェックリストの結果：□該当 □非該当	区障																
被保険者証に記載されている住所：□横浜市 □その他(※)	障																
(※その他の場合、横浜市の場合、横浜市は総合事業の対象にはなりません。)	障																
署名欄への記載：□有 □無	障																

第8期 横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

計画期間:2021年度 ～ 2023年度 (令和3年度～5年度)

自立を支援するための介護予防ケアマネジメントの推進

- 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だけ防ぐ(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」ことを目的に、高齢者自身が地域で自立した日常生活を送れるよう支援します。
- 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が介護予防につながることから、地域の中で生きがいや役割をもって生活できるような居場所に通うなど「心身機能」、「活動」、「参加」にバランスよくアプローチします。
- 活動性の高い生活を維持するためには、要支援者等の状態に合わせて介護保険サービスを提供するだけでなく、地域資源も含めた多様な支援サービスを組み合わせ、本人の状況変化に応じて支援します。
- 本人の思いを引き出し、本人の自立性を高める支援を行います。
- 地域包括支援センター等が、これらの介護予防ケアマネジメントを実践できるように取り組みます。

ご清聴ありがとうございました。



令和5年度 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務研修

横浜市介護予防・生活支援サービス

補助事業（サービスB）について



健康福祉局地域包括ケア推進課

※横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業（サービスB）のページ
<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/fukushi-kaigo/koreisha-kaigo/kaigoyobo-kenkoudukuri-ikigai/service-b.html>



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



アジェンダ

1. サービスBとは
2. サービスBの特徴
3. サービスBの現状
4. サービスBの課題
5. 皆様へのお願い

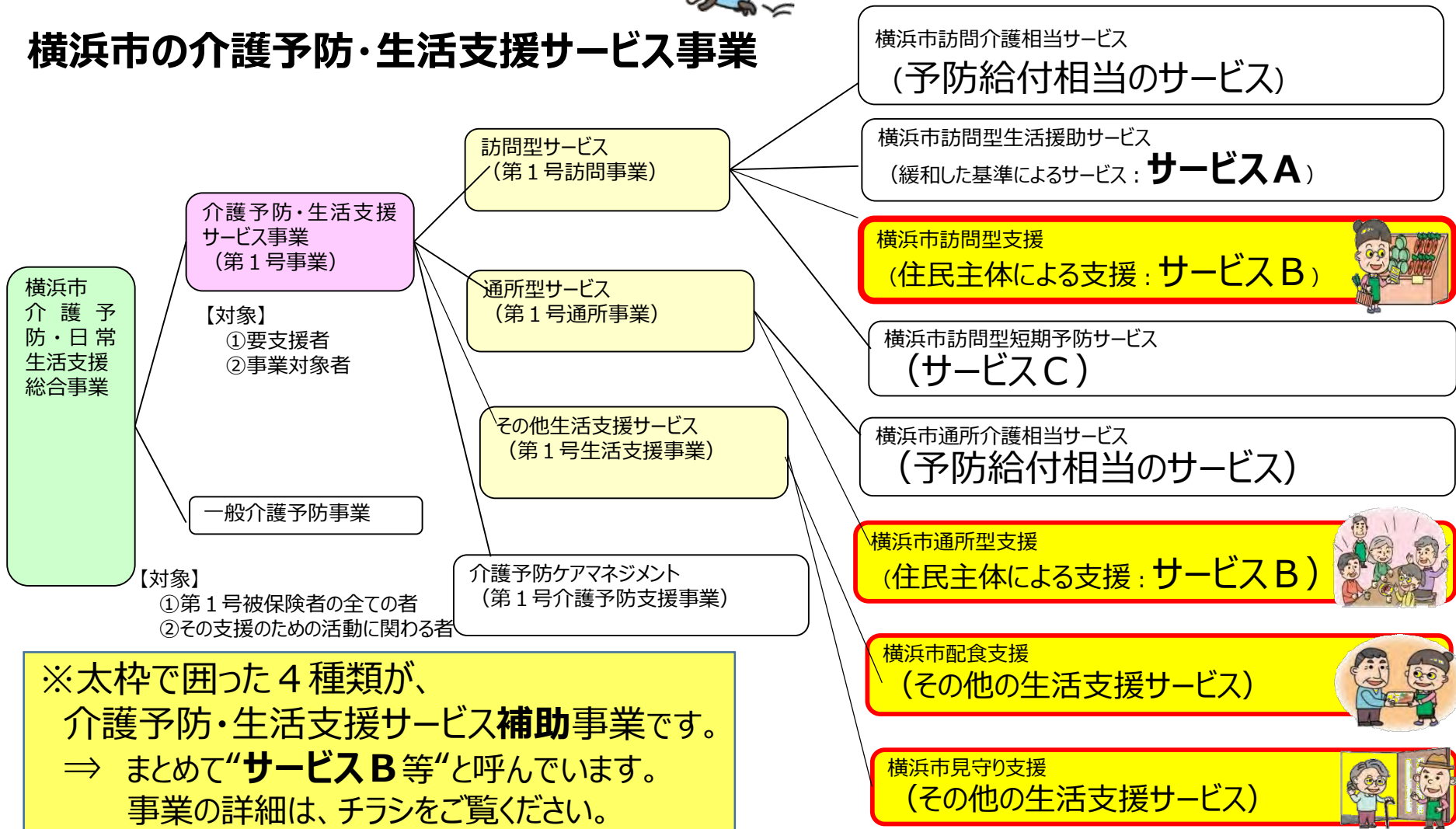
6. サービスBの魅力



1. サービスBとは



横浜市の介護予防・生活支援サービス事業



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA


City of YOKOHAMA



2. サービスBの特徴（従前相当サービスとの比較）



サービスの提供者が住民主体のボランティア

	サービスの位置づけ	サービスの提供者	事業者の収入	契約の手続き
サービスB	介護保険法に基づくサービス	<p>住民主体のボランティア</p> 	<p>横浜市からの補助金 （給付管理、 限度額管理なし） + 利用料 （事業者が任意に設定）</p>	<p>書面でのやりとりを推奨 ※「契約書」という名称ではない場合もある</p>
従前相当サービス	介護保険法に基づくサービス	事業所の従事者など	<p>単位数に基づく 国保連からの給付 + 自己負担額 （総額の1割～3割）</p>	サービス契約書を交わす

2.サービスBの特徴

事業者の収入



【補助金】

①横浜市通所型支援

補助限度額：60万～300万円/年



※全体利用人数や、要支援者等の人数により異なります。

②横浜市訪問型支援



【給付管理・限度額管理なし】

③横浜市配食支援



④横浜市見守り支援



②～④補助限度額：60万/年

あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



2.サービスBの特徴



契約の手続き

後々トラブルが起きないように、料金やサービスの内容について双方で確認するために、書面でのやりとりを推奨しています。

団体によっては、必ずしも「契約書」という名称ではない場合もあります。

●サービス契約書●

契約の基本的な内容（有効期間・支払い・解約等）が記載されます。

●サービス内容説明書の内容●

- ①具体的なサービス内容
- ②提供回数と日程
- ③利用者負担と支払方法
- ④サービスをキャンセルするときの連絡方法とキャンセル料等の詳細が記載されます。

●重要事項説明書の内容●

- ①事業者の概要
- ②事業所の概要
- ③事業所の職員体制
- ④営業時間
- ⑤利用者負担
- ⑥相談窓口等が記載されます。



「利用にあたっての説明事項兼個人情報使用同意書」を様式例として示しています。

サービスB 活動団体用手引き P26、99、100、101

3.サービスBの現状



各年度4月1日時点

年度	団体数	事業数	通所型支援	訪問型支援	配食支援	見守り支援
令和5年度	75	90	60	5	18	7
令和4年度	64	76	52	4	15	5
令和3年度	60	68	48	5	9	6
令和2年度	54	60	45	4	7	4

令和5年度区別事業数

鶴見区	神奈川区	西区	中区	南区	港南区	保土ヶ谷区	旭区	磯子区
6	5	3	3	3	6	1	10	4
金沢区	港北区	緑区	青葉区	都築区	戸塚区	栄区	泉区	瀬谷区
6	10	5	6	4	6	4	4	4

あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



4.サービスBの課題



サービスB担当が、よく聞くご意見としては・・・

こんな対応が考えられるかもしれない・・・

近くにどんな
サービスBがあるか
分からない？



本人にあったサービスBが
近くにない？

<対応案>

別添、「横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業（サービスB）
交付団体一覧（令和5年4月1日現在）」をご確認ください。



ヨコハマ地域活動・サービス検索ナビも
ぜひご覧ください！



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



4.サービスBの課題



サービスB担当が、よく聞くご意見としては・・・

こんな対応が考えられるかもしれない・・・

個人情報

を守ってくれるか
不安？



<対応案>

サービスBの手引きで事故対応や
個人情報を守るための手続きにつ
いて様式例を示して団体へ対応を
お願いしています。ご確認ください。

事故があった
場合の対応が
不安？



4. サービスBの課題

サービスB担当が、よく聞くご意見としては・・・



何となく**手が出しにくい？**

料金が高い？

専門職ではない地域の団体に、
どんな利用者を案内できるのか分からない？

これまで
プランに位置づけたことがない？

本人の状態像から、サービスBに
任せるのが難しい？



本日のゴール

団体により活動は様々・・・
まずサービスBの **魅力** を知り、

「見学に行ってみよう！」「プランに位置づけてみよう」「ケアマネに紹介してみよう」と思える。



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



5.区・地域包括支援センターの皆さまへのお願い



横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業として**補助金を受けるには、要支援者等の利用が一定程度あることが必要**です。しかし、団体自身が、要支援者等を一定数集めることは、容易なことではありません。

そこで・・・本日、サービスBの魅力を知っていただいた区・地域包括支援センターの皆さまには、ぜひ、サービスBの団体に次のように関わっていただきますようお願いいたします。



まずは、
見学に行く



要支援者等の方に補助
対象事業をご案内する。



ケアマネジャーに補助対象事業
(サービスB等)を紹介・PRする



ケアプランに
位置づける

参加者に認知症の方が
増えています。



サービスBの団体と
情報交換する

それなら、メンバー向けに認知症
講座をやってみましょう・・・

団体に必要な
アドバイスをする等



サービスBの **魅力** は・・・
 一人ひとりの“意欲”や、“生きがい”、“自分らしさ”の実現に寄り添えること・・・
 「介護予防サービス・支援計画書」の中の、「社会参加、対人関係」の部分のプランを充実させるためにも、ぜひ、サービスBをご活用ください。

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） 様式②

氏名 _____ 種（種・名） _____ 歳 誕生日月日 年 月 日 予定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 転居・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

社団の名称氏名 _____ 委託の場合「社団作成委員会 事業所名及び所在地（〒番号）」

社団住所「家賃」社 _____ 年 月 日（制作作成日） 年 月 日（制作作成日） 所在地（〒番号）

目標とする生活 _____

項目	1年
アセスメント結果と現状の状況	
運動・移動について	口有 口無
日常生活（運動生活）について	口有 口無
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて	口有 口無
健康管理について	口有 口無
介護状態について	
【本業行うべき支援が実施できない場合の 代替な支援の実現に向けた方針】	
総合的な方針：生活不適合点の改善方針のポイント	

基本チェックリストの（該当した項目）／（質問項目）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○をつけて下さい

項目	実施	実施	口有	口無	口有	口無	口有	口無	口有	口無
手動操作又は 地域支援事業	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／

【署名】 _____ 印
 計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 氏名 _____ 印

＜ サービスBの強み ＞
 介護予防サービス・支援計画の
「社会参加、対人関係」

あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



ケアプランに位置付ける



サービスB 活動団体用手続き P2、52


A： サービスBは、給付ではなく、補助により実施しているため、通常の介護保険サービスのよ
うな保険給付はありません。したがって、給付管理票への記載や、利用限度額の管理等は必
要ありません。ただし、介護保険法に基づく「介護予防・生活支援サービス事業」としてサービス
を利用するため、「**介護予防サービス・支援計画書**」には記載する必要があります。

介護予防サービス支援計画書（ケアマネジメントA）の場合

支援計画	サービス 種別	事業所 (利用先)
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) 地域のサロンに通うこと で、外出の機会を確保 し、近所との繋がりをつ くったり、介護予防に資 するプログラム（脳トレ、 歌など）に参加する (毎週○曜日)	横浜市 通所型 支援	サービスB の活動団体 名（サロン 名称）
買物代行、調理、ご み出し等の生活支援 等を通じて、在宅生 活を見守る (毎週○曜日)	横浜市 訪問型 支援	サービスB の活動団 体名（活 動名称）

※介護予防ケアマネジメントCの場合の記載も同様です。
「GoGo健康！いきいきプラン」という様式を活用することもできます。

※介護予防ケアマネジメントCの場合、モニタリングは必須としませんが、
利用者の状態の変化時等に、適宜、運営主体等と連携し、
利用者の情報が共有されるような仕組みを構築する等、
利用者の変化に早期に対応できるような団体と関係者の体制づくりを
お願いしています。

 Q: そもそも、総合事業の横浜市介護予防・生活支援サービス事業（サービスB）って、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントでは、どうやって位置づけるの？

A : 介護予防ケアマネジメントでは、サービスBは、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）の欄に書きます。
介護予防ケアマネジメント指針にあるとおり、サービスBをケアマネジメントに位置づける方法は、3通りです。

◆介護予防支援

予防給付（福祉用具貸与、介護予防訪問看護、介護予防短期入所介護、介護予防通所リハビリなど）を受けていて、さらに、サービスBも活用する場合は、「介護予防支援」になります。

◆介護予防ケアマネジメントA

介護予防給付のサービス（横浜市通所介護相当サービス等）と併せて、サービスBも活用する場合は、「ケアマネジメントA」を使用します。

◆ケアマネジメントC

インフォーマルサービスや、サービスBだけを活用する場合は、「ケアマネジメントC」を使用します。



いきいきプラン（ケアマネジメントC）の場合



●既にご本人が活動・利用されている取組が記載されていますので、団体が利用調整や振替などを行う場合は、サービスBの活動が他の活動と重複しないように確認をお願いします。

桜木 花子 様

「家族の支援」、「インフォーマルサービス」、「地域支援事業（介護予防・生活支援サービス補助事業・一層介護予防事業）」など、月単位のスケジュールを記載します。（1セル16文字以内）

介護予防ケアマネジメントC様式 様式⑥記入例

GOGO!!健康
いきいきプラン

桜木 花子 様

■長期目標(おおよそ1年後の目標) ② 平成30年10月1日

書道作品を〇〇センターで行われる展覧会(11月)に出展し、孫と一緒に見に行く。

・利用者と共に、生きがいや楽しみを話し合い、達成したい目標や目指す姿を設定する。利用者の取組によって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性を分析し、その人らしい自己実現を引き出すよう支援する。

■目標を達成するための取組

(1)-①天気の良い日は15分位歩く。
スーパーロコ、ロコ公園まで

(1)-②元気づくりステーションに毎週参加する。

(3)食事を3回食べる。バランスを考える ⑩

※本人の自書も可能です。その場合は、セルの敷足を消去しましょう。
(セルをクリックし、[back space]又は[delete]キーを押し、敷足(=入力シート)の(例)IZOOを消します)
※なるべく、簡潔書きにします。(30文字×7行以内)

■サービス提供者やボランティアに伝えたいこと

元気づくりステーション 耳が遠いので、先生に近い席にしてほしい。
〇〇〇〇会 膝が痛いので、しゃがむ動作等が難しいです。
お弁当〇〇会 耳が遠いので、着いたら電話を鳴らしてほしい。

連絡先

◎ ③ 港 地域包括支援センター ④ 港 地域ケアプラザ内

① 担当者 関内 一郎

⑩ 電話 333-1111 FAX 222-5555

◎ □元気づくりステーション 電話 〇〇〇-〇〇〇〇

◎ お弁当 〇〇〇会 電話 〇〇〇-〇〇〇〇

本人や家族が、様々なサービスや住民主体の活動グループの利用(参加)時に配慮してほしいことを記載します。(50文字以内)

●団体は、「サービス提供者やボランティアに伝えたいこと」の欄を、必ず確認しましょう。

●団体（担い手側）は、ご本人の「長期目標」や「目標を達成するための取組」を確認し、サービスBの活動への参加・利用によって期待されている効果を確認しましょう。

いきいきプラン（ケアマネジメントC）の場合



様式⑤「アセスメント領域と現在の状況」の内容を記載します(96文字以内)

様式⑥「総合的課題」の内容を記載します。(256文字以内)

様式⑦「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」、「地域支援事業(介護予防・生活支援サービス補助事業)」から、該当する欄に記載します。

桜木 花子 様

■ いつまでも、いきいきと暮らし続けるための御提案

暮らしの様子	目標を達成するための課題	お勧めしたい事
<p>歩行・移動</p> <p>膝に痛みが為、立ち座りや、階段やバスの昇降はテーブルや手すりを使っています。⑤</p>	<p>(1) 膝の痛みがあり、家事や買い物、外出に支障があります。</p> <p>(2) 御主人の介護をきっかけに、お友達との交流や外出、書道が減っています。</p>	<p>(1) 膝の痛みを軽減し、行動範囲を広げましょう。</p> <p>・整形外科で診断を受け、運動の制限について確認しましょう</p> <p>・立ち座りの時は、膝の負担を減らすように、何かに握りましょう。</p> <p>・体操教室で筋力をつけることをお勧めします。</p> <p>(□□元気づくりステーション：□□会館、毎週火曜日)</p> <p>・書道はテーブルで行いましょう。</p>
<p>日常生活</p> <p>・重たい買い物や布団干しは、息子さんや2週間ごとに訪問し、一緒に行っています。</p> <p>・掃除は道具を工夫しています。膝痛で辛い家事は、道具の工夫や息子さんに手伝ってもらいながら、暮らされています。⑥</p>	<p>(3) 食事量や質が下がると、低栄養となり体力低下、筋肉量低下などを起こしやすくなります。</p>	<p>(2) 趣味の活動を通じて、友人や地域との交流を再開しましょう</p> <p>・書道展に出品する作品制作をはじめましょう。</p> <p>・地域のサロン活動への参加をお勧めします。</p> <p>(△△カフェ：認知症予防プログラムとお茶が楽しめるサロン)</p>
<p>コミュニケーション</p> <p>・ご主人の介護があつたため、ご友人との交流が減っています。</p> <p>・書道の師範であり、教室を開いていた頃は、近所の子供が通っていました。教室を閉めてからは、御自分も書道を楽しむ時間が減っています。⑦</p>	<p>⑨</p>	<p>(3) 食事は3回バランスよくとりましょう。</p> <p>・特にたんぱく質とカルシウムを意識しましょう。</p> <p>・バランスの良い食事を配達するサービスもあります。</p>
<p>健康管理</p> <p>・耳の聞こえが悪くなっている。</p> <p>・血圧の薬は自分で管理し、飲み忘れなし(130-80mmHg)</p> <p>・1人きりの食事は、食欲がでず、簡単に済ませることが多い。⑧</p>		

その他、上記項目に記載できなかった場合に利用します。
(例) 医師からの意見など



■ ボランティアや民間団体等にお願いしたいこと

・バランスの良い食事をとるため、食事サービスを利用する。

・重たいものを買う時はスーパーSのお届けサービスを利用する。⑫

様式⑧「課題に対する目標と具体策の提案」の内容を記載します。(448文字以内)

■ ご家族にお願いしたいこと

・大きい物や重たい買い物はへの同行(月1回程度)

・病院の定期受診の同行(年2回)

・庭の樹木の剪定の手伝い(6月、11月頃)⑬

■ (山手さん)にお願いしたいこと

・元気づくりステーションの参加に慣れるまで、当日は会場まで一緒に出掛ける。⑭



● 団体は、「ボランティアや民間団体等にお願いしたいこと」の欄を必ず確認しましょう。

不明な点は、ご本人に確認することも大切です。



Q：サービスBの団体の活動には、これまで、自由に参加してきたけれど、なぜ、ケアプランに位置づけることが必要なの？ケアプランに位置づけるメリットって何？

A：ケアプランは、ご本人が地域の中で元気に自分らしく暮らしていけるよう、本人・家族や地域包括支援センター職員・介護サービス事業者、医者、そして、サービスB等の担い手、友人等と相談し、協力し応援できることを確認する計画・支援計画書です。

メリットとしては、自分の健康のこと、暮らしのこと、やりたいと思っていること等を、専門職を交えじっくり話をしながら、「見える化」できることです。ケアプランを作ることで、**自分のことを見つめることができ、専門職からのアドバイスを受けながら、目標を持って日々の暮らしを送ることができます。**

膝が痛くて歩くのが辛いけれど、仲間とハイキングに行けるようになりたい。



Q:書き方は、どのように書くの？

A:介護予防支援・介護予防ケアマネジメントでは、サービスBは、「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）」の欄に書きます。

介護予防サービス支援計画書（ケアマネジメントA）の場合



地域包括支援
センター職員

介護予防サービス・支援計画書

利用者名 姓(男・女) 氏名 誕生年月日 年 月 日 誕生の有効期間 年 月 日
 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(〒番号)
 計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日) 年 月 日 担当地域包括

目標とする生活

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
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、友人関係、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			

健康状態について
主治医受診、肥満結果、検査結果等を追えた留意点

【本来行うべき支援が実施できず
 必要な支援の実施に向け

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	爪ごもり	靴ずれ	うろた
0	2	3	2	3	5

地域包括支援センター
 【署名】
 【確認印】

(ケアマネジメント結果等記録表)

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者
 日～ 年 月 日
 事業所名及び所在地(〒番号)
 支援センター:

目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや身の支度、インフォーマサービス(地理サービス)	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
()						
()						
()						
()						

【できない場合】方針
 総合的な方針: 生活予防発病の改善予防のポイント

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名

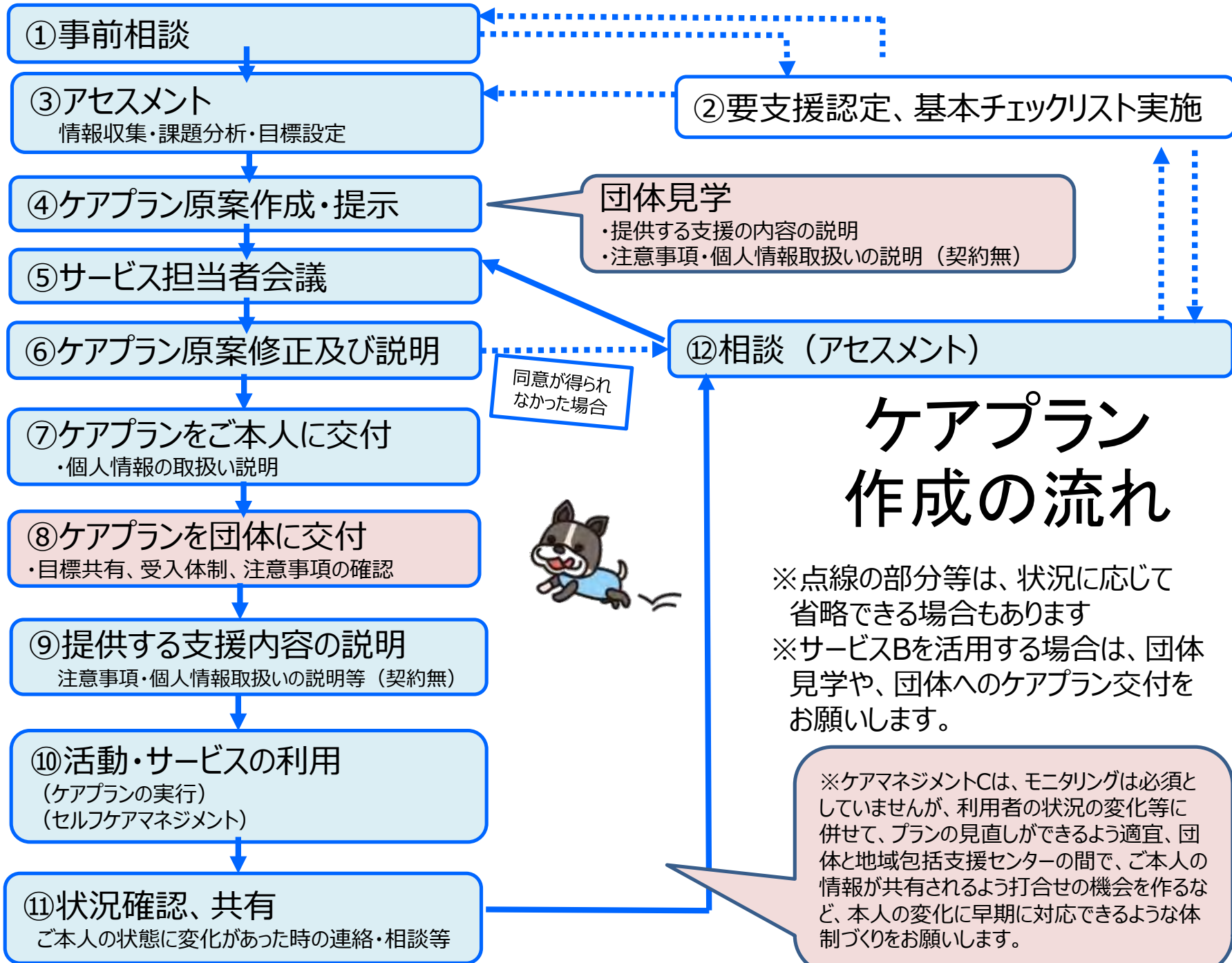


介護予防支援・介護予防ケアマネジメントでは、サービスBの具体的な内容と、利用頻度、サービスBの活動団体名や活動名称を記載します。



支援計画

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
	地域のサロンに通うことで、外出の機会を確保し、近所との繋がりをつくったり、介護予防に資するプログラム（脳トレ・歌など）に参加する （毎週○曜日）	横浜市 通所型 支援	サービスB の活動団体 名（サロン 名称）	
	買物代行、調理、ごみ出し等の生活支援等を通じて、在宅生活を見守る （毎週○曜日）	横浜市 訪問型 支援	サービスB の活動団 体名（活 動名称）	



要支援者等をケアプランに位置づけるアプローチ（例）



①初回相談にて包括から情報提供して繋げる。

→【対応】相談にいらっしゃった方と面談をする中で、サービスBに繋げる。

②サービスBの活動に通っていた方(認定なし)に変化(サイン)が現れ、 団体から情報共有があった場合

→【対応】サービスBの団体が利用者の状況を把握（早期発見）し、包括に情報共有があった場合、必要に応じてサービスBをケアプランに位置づける。

③活動を元々利用していた方（要支援認定を持っているが、給付 サービスの利用がない方）について

→【対応】元々サービスBの活動を利用していた方で、要支援の認定を持っている方がいる場合、必要に応じて「ケアマネジメントC」として位置付ける。

④介護サービスを利用しているが、サービスBを利用していることを ケアプランに位置付けられていない場合

→【対応】必要に応じて「ケアマネジメントA」を使用し、サービスBをケアプランに位置付ける。



6.サービスBの魅力

福祉っぽくないところもある
(オシャレ、居心地重視、
誰でも参加しやすい)

顔見知りが近所にできる。

普段から見守ってもらえる
安心感がある。

**内容・メニューが自由
で多様**

自分の好きなことを見つけやすい

年齢・性別関係なく
誰もが活躍できる
多世代交流できる



**虚弱な方も元気な
方と一緒に**参加できる

介護保険っぽくない
(介護保険の利用枠以
上にサービスが必要な方
にもご案内できる)

自分の居場所が見つけれられる

体力が向上する

包括が把握しきれない方を
**早期に発見し繋いで
くれる**

6.サービスBの魅力 (事例紹介)



※過去の事例となるため、
実施している曜日等は異なる場合があります。



福祉っぽくない(オシャレ、居心地が良い、誰でも参加しやすい)



こんな方にお薦めかも？

- 近所の目を気にして、デイサービスの車で自宅に迎えに来られるのが嫌な方。
- 自分は自立して生活しているから、介護保険を利用していると思われたくない方。

<事例> 港北区 **NPO法人街カフェ大倉山ミエル**

ギャラリーとして地域に開いていた一軒家を借りて、コミュニティカフェを運営。

「おでかけミエル」月曜10時～13時

シニア向けプログラムとして食事付きのサロン500円



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



オシャレ、居心地が良い、誰でも入りやすい



<事例> 都筑区

NPO法人 I Love つづき

元々コミュニティカフェを運営していた団体が、サービスBを実施。

「スローカフェ都筑」金曜10時～13時

プログラムはあるが、無理強いするのではなく、基本的にはゆるやかなおしゃべり会。地域のボランティアと協力してプログラムを実施しています。

お茶代300円～ ランチ600円～

※スタンプカードで継続参加を促す



<事例> 港南区

株式会社イータウン

元々コミュニティカフェを運営していた団体が、サービスBを実施。

「こもれびカフェ」月曜 10時～15時30分

ハンドメイドのワークショップや教室、地域住民による音楽演奏や地域交流サロン、イベントの実施、多彩な介護予防プログラム

参加費800円（昼食代500円含む）、

ドリンク代実費：280～400円



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



25



<事例> 泉区 NPO法人宮ノマエストロ

昔の懐かしい話で世代を超えて楽しむ「回想法」により、参加者の方の思い出話から、その人が得意なことを引き出し新たなプログラムに繋げています。

【ある日のこと】

昔、家族に、おはぎを作ってあげて振る舞ったという90歳の女性。それを知ったスタッフは、その方に講師になってもらいみんなでおはぎを作って食べる企画を実施しました。女性は、「昔のことだからね…覚えているかしら…」と言いながら、数年ぶりにおはぎづくりを教えてくださいました。参加者からは、「おはぎを自分で作って食べるなんて、何年ぶりかしら！やっぱり手作りは美味しい」と大盛況でした。

90歳でも、「誰かの役にたつ」。そのことが、ご本人の「自信」に繋がっています。



年齢・性別関係なく**誰もが活躍**できる
～アンチエイジングからエンジョイエイジングへ～



<事例> 泉区 **NPO法人 宮ノマエストロ**

高齢者も担い手として活躍して感謝される喜びをもう一度体感いただきたいと考え、利用者にも、その方の好きを活かして、何等かのお手伝いをさせていただいています。園芸やテラスの運営への助言、手伝い、テラスファームでの農作業など各個人がエンジョイできるものを探してお願いするようにしています。また、宮ノマエストロだけで使える、仮想通貨「ミヤー」により、ボランティアをすると1時間1ミヤーがもらえ3ミヤー集めると「こども食堂」で食事ができるシステムを小学校で紹介したところ、その日のうちに、10人の子どもボランティアが集まりました。こどもが自宅でもできることを手伝ってもらっています。



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



27

自分の居場所が見つけれられる



<事例> 磯子区 株式会社アミーゴ

1日300円で、コーヒーやお茶などが飲み放題ということもあり、グループで参加される方ばかりでなく、**男性の方がお一人で新聞を読んで過ごされたり、中学生の子どもたちが勉強しにきたり…多くの世代の居場所となっています。**

- 「もりもりエクササイズ」毎週水曜10時～13時 参加料600円（講師・お弁当込み）
※お弁当は、障害者地域活動センター、地域作業所手作り
- 「健康麻雀」第1・第3木曜 広場利用料300円

あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



活動内容や支援メニューが自由で多様である。



<事例> 戸塚区 **特定非営利活動法人 夢みん**
多様なメニューの中から、自分にあった好きなプログラムに参加できる。

パソコン



エコ手芸



健康体操



日曜ランチ



トーンチャイム



音読



健康麻雀



囲碁



歌声喫茶



コーラス



カフェ



よいのくちサロン



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA





＜事例＞ 戸塚区 **特定非営利活動法人 夢みん**

「ゆめサロン」木曜 10時～13時 ※**特に要支援者の方を考慮して受け入れている日**



音楽



体操



手仕事



健康相談



脳トレ

活動内容や支援メニューが自由で多様である。

(家庭的な雰囲気の中、楽しく汗をかいて運動したり、栄養バランスが考慮された食事ができる



<事例> 港北区 特定非営利活動法人びーのびーの

地域の空き家となっていた一軒家を借りて運営。

「地域福祉交流スペースCOCOLのほら」

月曜10時～13時 体操、脳トレ、庭づくり

参加費700円 (ランチ500円、参加費200円)



一人で参加されている方が多く、おひとりさまでも、参加しやすい雰囲気がある

あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



活動内容や支援メニューが自由で多様である。

(また来たいと思える工夫がちりばめられている)



<事例> 港北区 特定非営利活動法人フラットハート

「大人の部活動@菊名」 火曜 10時～13時

プログラムは、毎回異なります。例えば、ある日の活動では、好きな鉢植えと、苗を選んで、季節の寄せ植えをしています。1回の作る楽しさだけでなく、育てる楽しさ、育てた草花でのモノづくりの楽しさを盛り込むなど、**毎回来たいと思える工夫がちりばめられています。**



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



32



<事例> 磯子区 株式会社アミーゴ

参加者の中に、歩行が危ない方がいらっしゃいました。介護保険サービス等は使っていらっしゃらず頑張ってお一人で過ごされていた方でしたが、サービスBに通っていたことで、もりもり広場の代表から、地域包括支援センターに連絡・相談があり、早期に相談に繋ぐことができました。



もりもり広場
岩田さん

参加者の中でも気になる方でしたが、自分たちだけでは判断できなかったのも、専門職のアドバイスがほしいなと思い、地域包括支援センターの方に、様子を見に来ていただきました。専門職の目から判断いただけ、とても、心強かったです。

地域包括支援センターの相談にはあがってこない方でしたが、包括支援センターが把握しきれない地域の方にも、団体の方がアンテナをはって見守ってくださったり、繋いでくださるので、とても心強いです。



地域包括支援センター
(主任ケアマネジャー)



<事例> 旭区 一般社団法人おもいやりネットワーク

- ・ 介護保険の要支援認定は持っているが、ヘルパーさんをお願いするほどではない方。
- ・ **自分で買い物に行くこともできるが、一人暮らしなので、1日のうち、ほとんど誰とも話す機会もなく、ちょっとした安否確認があったら良い**という要支援者の方。
- サービスBの見守り支援（暮らしの御用聞き）として、週1回、見守りを実施しました。
- それ以外の日も、同じ団体が運営している、通所型支援の拠点である、コミュニティカフェあんさんぶるに、**自分で買物に行ったついでに立ち寄っておしゃべりをして過ごすなど、通所型支援と、見守り支援が連携して、ゆるやかな見守り**をしています。

- 見守り支援（暮らしの御用聞き） 週2回（火、木） 無償
- 通所型支援（コミュニティカフェあんさんぶる） 週6日 プログラムにより300～500円



仲間と刺激し合って、体力が向上する。



<事例> 泉区 特定非営利活動法人だんだんの樹

年1回は体力測定を行い、自分が、通所型支援に通うことでどうなりたいかの目標を決めます。プログラムは、筋力アップやボールを使ったエクササイズ等、体力向上を意識した様々なプログラムが盛り込まれていますが、皆さんよく笑い励まし合って取り組みます。

参加者の中には、90歳の方や、要支援、要介護の方もいらっしゃいますが、半年前は、上がらなかった足が、座ったまま90度まで上がるようになったり、ボールを内腿で挟んだまま、上から押ししても、動かないくらい筋肉がついたり、立って靴下がはけるようになる等、だんだんの樹に通うことで、体力が明らかに向上しています。また、仲間とともに活動することで、「仲間が頑張っているから私も、あの人みたいに頑張りたい」と参加者同士の相乗効果が生まれています。

脳いきいき教室 水・木曜日 9:30～12:30

参加費8,000円／11回（ランチ600円、コーヒー100円付）



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



35

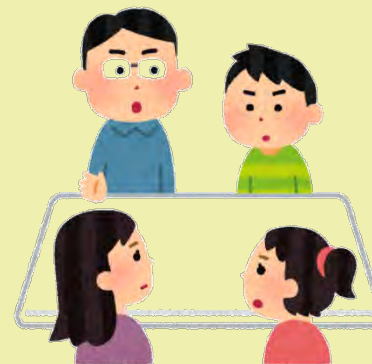
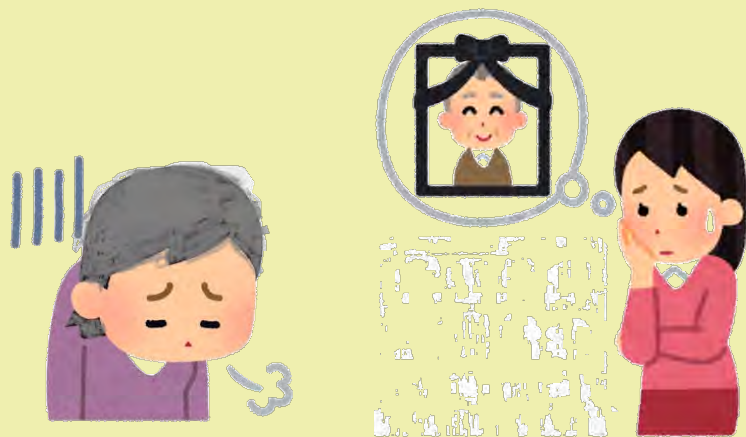
介護保険の利用できる単位数（利用限度額）の枠外で、居場所が必要な方にもご案内できる。利用者も家族も同じ空間を楽しめる。



<事例> 泉区 NPO法人 宮ノマエストロ

88歳で夫を亡くした女性。ずっと気持ちがふさぎ込んでおり、家に引きこもり早く夫の後を追って死んでしまいたいと話していました。家族も心配していましたが、一緒に住むことはできず、どうしたら良いか家族会議まで開きました。

家族会議



年齢・性別関係なく**誰もが活躍**できる
～アンチエイジングからエンジョイエイジングへ～



<事例> 泉区 NPO法人 宮ノマエストロ

介護予防に資するプログラム

火(13:00～16:00)、木(14:00～17:00)、日(10:00～13:00)

回想法、健康体操、歌、シニアヨガ、脳トレ、健康講話、野菜の販売、収穫

そんな時、担当のケアマネジャーさんから、「それならデイサービスの他に、(横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業の)宮ノ前テラスに行ってみてはどうですか？」と案内され、週1回通うことをケアプランに位置づけ、宮ノマエストロの介護予防に資するプログラムの日(活動日)が日曜日ということもあり、娘さんも一緒に参加し始めました。

回想法で昔話を思い出しながら自分の体験を話すうちに、Aさんは、そこで**新しく知り合いができ、自分の得意なことを活かした縫物を他の参加者に教えるなど、生きがいを見つけ、とても元気になっていきました。**



宮ノ前テラスに通ってみてはどうでしょうか？

ケアマネジャー



あうたびに、あたらしい

Find Your YOKOHAMA

City of YOKOHAMA



年齢・性別関係なく誰もが活躍できる
～アンチエイジングからエンジョイエイジングへ～



<事例> 泉区 NPO法人 宮ノマエストロ

【利用者家族（娘さん）の話】

- デイサービスは週1回しか通えないけれど、ここなら、こどもからお年寄りまで参加しているので、家族も一緒に参加できて楽しく過ごせる。
- 家族が仕事で一緒に行けない日も、一人で通うなど、母の居場所ができた。
今では見違えるように前向きに元気になり、得意な裁縫を活かして、地域の方に教える講座をボランティアさんと一緒に企画するまでになり、活躍の場をみつけられて、本当にありがたい。
- 宮ノマエストロの活動が始まったことは、以前から知っていたけれど、ケアマネジャーからの後押しがあり、行ってみようという気持ちになった。
- こういった取組みを広げてほしい。また、ケアマネジャーから自分達のように困っている人に案内してもらえそうな広報はとても大切だと思う。



利用者の家族

【ポイント】 ケアマネジャーの勧めにより、給付によるサービスに加え、住民主体の支援を組み合わせることで、より本人の意欲や生きがいに繋がる結果となった。

7.GOAL



まずは、
サービスBの **魅力** を知り、

「見学に行ってみよう！」「プランに位置づけてみよう」
「ケアマネに紹介してみよう」と思える。

サービスBの活動は、団体によって様々なので、本日の事例は一例に過ぎませんが、大小様々な活動が、高齢者の自立支援を支えています。

サービスBの魅力を知っていただき、一緒に育んでいきましょう。

お疲れさま
でした！



令和5年度 横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(サービスB等) 交付団体一覧(令和5年4月1日時点)

90事業 (通所型支援:60件、訪問型支援:5件、配食支援:18件、見守り支援:7件)

75団体 (特定非営利活動法人:39件、任意団体:12件、消費生活協同組合:5件、企業組合:2件、株式会社:5件、一般社団法人:8件、社会福祉法人:2件、合同会社:1件、公益財団法人:1件)

事業実施区	No.	補助開始	区分	団体種別	団体名	活動名	主な活動内容	利用申し込みに対応できる地域
鶴見	1	30年4月	訪問型支援	任意団体	たすけあいエプロン	ホームヘルプ	・生活援助 等	鶴見区内とその周辺
	2	30年10月	通所型支援	一般社団法人	一般社団法人ヒューメディカ	うしおだチャレンジ	・介護予防(生活機能評価、運動、栄養等の指導) ・趣味や交流のための創作活動、その他レク)	鶴見区周辺
	3	31年4月	通所型支援	任意団体	防災福祉地域貢献事業	へいあん美鈴サロン	・介護予防(脳トレ、手芸、クイズ、ボールゲーム、歌声サロン等) ・食事(昼食、口腔ケア)	鶴見区市場地区(周辺町会) 平安町会館まで自力で来られる方(送迎なし)
	4	R1年10月	通所型支援	株式会社	株式会社リカバリータイムズ	グッドタイムズ	・体調チェック、準備体操(呼吸体操、足げんき体操)、理学療法士のヨガ・ピラティス・体操、栄養士の講和等 ・食事(昼食)	鶴見区、港北区を中心とした地域
	5	R4年4月	配食支援			グッドタイムズ	・配食	鶴見区全域
	6	R2年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人サードプレイス	つみれまちなかりビンゲ	・介護予防(リハビリ体操・脳トレ・ハンドメイド・ピラティスなど週毎のプログラム) ・食事	鶴見区
神奈川	7	29年10月	通所型支援	任意団体	輝楽理庵	キッチンデイふら〜っとホーム	・介護予防(体操、口腔、脳トレ、物づくり) 等 ・調理、太極拳、LINE講習会 等 ・会食(昼食)	神之木地域ケアプラザエリア及び隣接地域を基本とし、自力で参加できる方
	8	31年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人ワーカーズ・コレクティブ協会	デイサロンぼこ	・介護予防(健康(スクエアステップ、スリーA、コグニサイズ、シナプロソジー等)、文化(歌、俳句、川柳、トランプ、百人一首、編み物)、脳トレ等) ・食事(昼食)	神奈川県三ツ沢連合エリア、青木第一地区連合エリア、青木第二地区連合エリア 他通所可能なエリア
	9	R5年4月	配食支援			ぼらんの配食サービス	・配食 ・安否確認	神奈川県松ヶ丘、松本町、三ツ沢下町、三ツ沢東町、三ツ沢南町、栗田谷、泉町、旭ヶ丘、上反町、反町、桐畑
	10	31年4月	配食支援	消費生活協同組合	神奈川食事サービスワーカーズコレクティブ「ぼてと」	神奈川食事サービスぼてと	・配食支援、見守り	神奈川県全域、鶴見区豊岡町・生麦・東寺尾4丁目、保土ヶ谷区峰沢町
	11	R5年4月	見守り支援	任意団体	てんこもりのわ	ずっと笑顔	見守り	神奈川県松見町1~4丁目、西寺尾一部、入江一部
西	12	30年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人ワーカーズ・コレクティブたすけあいぐっぴい	多世代交流サロン「ばあばの家あさだ」	・会食 ・介護予防(脳トレ、健康体操、健康麻雀、手芸教室、園芸)	藤棚町、境之谷、西戸部町の一部、霞ヶ丘
	13	R4年4月	訪問型支援	一般社団法人	一般社団法人ワーカーズ・コレクティブはっぴいさん	訪問はっぴいさん	・生活援助	西区全域
	14	R5年4月	通所型支援	任意団体	横浜中部ポッチャ同好会	ポッチャ同好会	・介護予防(脳トレ、ポッチャ、外出プログラム等)	西区及びその近隣

令和5年度 横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(サービスB等) 交付団体一覧(令和5年4月1日時点)

90事業 (通所型支援:60件、訪問型支援:5件、配食支援:18件、見守り支援:7件)

75団体 (特定非営利活動法人:39件、任意団体:12件、消費生活協同組合:5件、企業組合:2件、株式会社:5件、一般社団法人:8件、社会福祉法人:2件、合同会社:1件、公益財団法人:1件)

事業実施区	No.	補助開始	区分	団体種別	団体名	活動名	主な活動内容	利用申し込みに対応できる地域
中	15	R2年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人横浜移動サービス協議会	アペリティーヴォ	・介護予防(体操、ヨガ、音楽、絵画、習字、パソコン、手芸、陶芸等) ・昼食	原則中区 西区・南区等、近隣区も対応可能
	16	R5年4月	通所型支援	任意団体	山手 縁乃庭	元気いっぱい!えん結びカフェ	・介護予防(体操、脳トレ、音楽演奏、ハンドメイド、ボードゲーム 等)	中区第3地区連合町内会及び第6地区連合町内会のエリア
	17	R5年4月	通所型支援	公益財団法人	公益財団法人横浜YWCA	ティールームよこはま	・介護予防(脳トレ、気功、歌 等)	全区
南	18	30年10月	通所型支援	株式会社	株式会社コンパス	1/f ゆらぎサロン	・介護予防(介護予防体操ハマトレ、脳トレ、口腔体操、輪唱合唱、手芸、健康教室、ヨガ、フラワーアレンジメント等) ・会食	大岡・永田・六ツ川・別所地域ケアプラザの圏域の方で自立して通える方
	19	30年10月	訪問型支援	特定非営利活動法人	NPO法人おもしろいやりカンパニー	買ってくるね	・買い物支援(買い物代行等) ・生活援助 ・見守り	主に、中村地域ケアプラザ圏域にお住まいの方
	20	R1年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	NPO法人おもしろいやりカンパニー	あそびにきてね	・介護予防(編み物教室、料理、お茶のみサロン) ・昼食	主に中村地域ケアプラザ圏域にお住まいの方
港南	21	29年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人総ぐるみ福祉の会	たまり場「こぶし」	・会食 ・介護予防(手芸、健康麻雀、囲碁、古典を楽しむ会、短歌の会、パソコン勉強会、カフェ・こぶし、男の料理) 等	横浜市港南区、戸塚区のうち日限山地区を中心とした地域
	22	30年10月	通所型支援	株式会社	株式会社イータウン	こもればカフェ	・介護予防(歌、麻雀、囲碁、将棋、体操、ハンドメイドのワークショップ、書道、まち歩き等)	港南区、栄区、磯子区
	23	30年10月	見守り支援	任意団体	さわやか港南	在宅支援サービス「さわやか港南」	・見守り ・生活援助 等	港南区及び隣接地域
	24	R2年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	NPO法人icoccaひのみなみ	いこっかぶらす	・会食 ・介護予防(体操、認知症予防レク、調理、絵手紙、書道 等)	港南区 日野南5・6・7丁目及び近隣地域(徒歩圏内)
	25	R5年4月	配食支援	特定非営利活動法人	NPO法人icoccaひのみなみ	いこっかごはん	・配食 ・見守り	港南区 日野南5・6・7丁目
	26	R4年4月	配食支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人てとと陽だまり	陽だまり弁当	・配食 ・見守り	港南区芹が谷1丁目～5丁目、東芹が谷
保土ヶ谷区	27	R2年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	NPO法人ちやっと	コミュニティサロンほどがやちやっと亭	・介護予防(体操、カラオケ、ヨガ、絵画等)	保土ヶ谷区(川島地域ケアプラザ、常盤台地域ケアプラザ、上菅田地域ケアプラザのエリア)、神奈川区(若竹苑地域包括支援センターを中心にしたエリア)、横浜市内の方

令和5年度 横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(サービスB等) 交付団体一覧(令和5年4月1日時点)

90事業 (通所型支援:60件、訪問型支援:5件、配食支援:18件、見守り支援:7件)

75団体 (特定非営利活動法人:39件、任意団体:12件、消費生活協同組合:5件、企業組合:2件、株式会社:5件、一般社団法人:8件、社会福祉法人:2件、合同会社:1件、公益財団法人:1件)

事業実施区	No.	補助開始	区分	団体種別	団体名	活動名	主な活動内容	利用申し込みに対応できる地域
旭	28	29年10月	通所型支援	一般社団法人	一般社団法人 おもいやりネットワーク	ケアーズカフェ	・会食 ・介護予防(健康麻雀、フラワーアレンジメント、折り紙教室、ナンプレ、健康講座、おしゃべりタイム)等	左近山周辺
	29	30年1月	見守り支援			暮らしの御用聞き	・見守り、安否確認	左近山3~9街区、市沢団地、市沢町南自治会エリア、近隣地域は応相談
	30	R4年4月	配食支援			ケアーズ配食	・配食 ・見守り	左近山団地6街区(あさひ自治会内)~9街区、市沢団地、市沢南自治会内、近隣地域は応相談
	31	29年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	認定NPO法人 若葉台	デイサービス ひまわり	・会食 ・介護予防(健康体操、詩吟の会、フラワーアレンジメント、歌、歌、大人のぬりえ、切り絵等)	若葉台および周辺地域
	32	29年10月	訪問型支援			生活サポートひまわり	・生活援助(室内清掃やごみ出し、調理、話し相手等)	若葉台および周辺地域
	33	29年10月	見守り支援			見守りサポートひまわり	・見守り、安否確認	若葉台および周辺地域
	34	30年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 横浜希望が丘コミュニティカフェ	コミュニティサロン希望カフェ	・会食 ・介護予防(スクエアステップ、ポールウォーキング、ポッチャ、ホームカーリング、趣味教室(編み物、ペン習字、塗り絵教室、歌、映画鑑賞、健康麻雀等))	旭区希望が丘及びその周辺地域
	35	R5年4月	訪問型支援	任意団体	ひかりが丘団地自治会	ひかりが丘生活支援	・生活援助(買物代行、家具移動、掃除等)	旭区市営ひかりが丘住宅
	36	R5年4月	見守り支援			ひかりが丘見守り活動	・見守り	旭区市営ひかりが丘住宅
	37	R5年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 オールさこんやま	おしゃべりほっと	・介護予防(談話、体操、脳トレ、歌唱、スマホ教室等)	旭区左近山、桐が作、市沢地区
磯子	38	30年1月	通所型支援	株式会社	株式会社アミーゴ	もりもり広場	・会食(お弁当) ・介護予防(椅子に座った体操、健康麻雀)等	磯子区、隣接各区、京浜急行線沿線の地域
	39	R2年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 夢・コミュニティ・ネットワーク	コミュニティステーション 夢まる	・介護予防(健康体操、ヨガ、口腔ケア、囲碁、将棋、健康麻雀など)	磯子区、南区
	40	R4年4月	通所型支援	一般社団法人	一般社団法人 re net 結	we can クラブ	・介護予防(健康講座、音楽、クラフト、俳句、調理、ヨガ、ストレッチ、脳トレ、手芸等) ・会食	磯子区洋光台地区(1~6丁目)とその周辺

令和5年度 横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(サービスB等) 交付団体一覧(令和5年4月1日時点)

90事業 (通所型支援:60件、訪問型支援:5件、配食支援:18件、見守り支援:7件)

75団体 (特定非営利活動法人:39件、任意団体:12件、消費生活協同組合:5件、企業組合:2件、株式会社:5件、一般社団法人:8件、社会福祉法人:2件、合同会社:1件、公益財団法人:1件)

事業実施区	No.	補助開始	区分	団体種別	団体名	活動名	主な活動内容	利用申し込みに対応できる地域
磯子	41	R5年4月	通所型支援	一般社団法人	一般社団法人まちまど	まちまどサロン	・介護予防(体操、編み物、音楽等)	磯子区洋光台全域、また隣接する磯子区栗木・田中、港南区日野中央・笹下など
金沢	42	29年10月	通所型支援	社会福祉法人	社会福祉法人 倅和会	自立支援型通所事業 たけのこ会	・会食 ・介護予防(陶芸、編み物、カラオケ、書道、絵画、フラワーアレンジメント、レクリエーション、健康チェック、体操等)	横浜市金沢区全域
	43	29年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 さくら茶屋にししば	げんきライフ さくら茶屋	・会食 ・介護予防(介護予防体操、個別製作、リハビリレクリエーション(脳トレゲーム、ドリル)、音楽・動画鑑賞(和洋音楽、歌、落語、昔話等)、回想法等)	金沢区能見台地域ケアプラザ、泥亀地域ケアプラザの担当地域(西柴、長浜、金沢町、柴町、谷津等)で通所可能な方
	44	30年1月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 すずらん	お楽しみサロン すずらん	・介護予防(模造紙を使った合作画、脳トレ、手芸、折り紙、工作、おしゃべり、書道、嚙下体操、マッサージ等)	金沢区 朝比奈、大道、六浦、釜利谷西、釜利谷東、釜利谷南、高舟 他の地域も応相談
	45	R4年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 地域サポートマリン	みんなの交流スペース むつら(六浦)	・介護予防(スリーA、脳トレ、スクエアステップ、手芸、折り紙、書道、合唱等) ・会食	金沢区六浦西地区、六浦地区、六浦東地区
	46	R4年4月	配食支援			みんなの交流スペース むつら(六浦)弁当	・配食	金沢区六浦西地区、六浦地区、六浦東地区
	47	R4年4月	通所型支援	任意団体	みんなの居場所 結	ゆったり体操	・介護予防(体操、口腔ケア、歌、ものづくり等) ・会食	金沢区内 徒歩、又は公共交通機関を利用して通所できる範囲
港北	48	29年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 びーのびーの	地域福祉交流スペース OCOしのはらのびのび会	・会食 ・介護予防(体操、脳トレ、健康講座、健康麻雀、コーラス)等	港北区篠原町、篠原東、篠原西町、富士塚、新横浜、岸根町、神奈川区六角橋
	49	R2年10月	見守り支援			COCOの見守り	・見守り	港北区篠原町、篠原東、篠原西町、篠原台町、富士塚、新横浜、仲手原、岸根町、新羽町、新吉田町 神奈川区六角橋、斎藤分町、白幡町
	50	30年1月	通所型支援	特定非営利活動法人	NPO法人 街カフェ大倉山ミエル	おでかけミエル	・会食 ・介護予防(体操、おしゃべり等)	港北区大倉山1丁目~7丁目、大豆戸町、菊名
	51	30年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 フラットハート	大人の部活動@菊名	・会食 ・介護予防(3A、回想クイズ、水墨画、折り紙、口腔ケア等)	港北区篠原北、菊名、綿が丘、大豆戸町、富士塚、篠原町、大倉山、新横浜
	52	30年10月	通所型支援	消費生活協同組合	福祉クラブ生活協同組合	福茶きらり	・介護予防(体操、書道、脳トレ、フラダンス、作品づくり、散歩等) ・会食	港北区 新羽町、新吉田東、北新横浜、新横浜、大倉山他
53	31年4月	通所型支援	任意団体	居場所づくり濱なかま	とりやまの郷	・介護予防(音楽café(歌声喫茶サロン)、経絡体操(健康づくりサロン)、多世代交流サロン(ものづくり)、回想法で思い出話を楽しむ会(脳トレ、認知症予防サロン))	城郷小机地域ケアプラザの担当地域及び鳥山町に隣接する新横浜地区	

令和5年度 横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(サービスB等) 交付団体一覧(令和5年4月1日時点)

90事業 (通所型支援:60件、訪問型支援:5件、配食支援:18件、見守り支援:7件)

75団体 (特定非営利活動法人:39件、任意団体:12件、消費生活協同組合:5件、企業組合:2件、株式会社:5件、一般社団法人:8件、社会福祉法人:2件、合同会社:1件、公益財団法人:1件)

事業実施区	No.	補助開始	区分	団体種別	団体名	活動名	主な活動内容	利用申し込みに対応できる地域
港北	54	R1年10月	通所型支援	一般社団法人	一般社団法人 ホットカフェ小机	クローバー会	・介護予防(健康づくり(簡単なストレッチとミニ講座)、脳トレ・体操、ものづくり等) ※プログラムは毎回異なる ・昼食	城郷地区(小机町、鳥山町、岸根町)
	55	R1年10月	配食支援	消費生活協同組合	福祉クラブ生活協同組合港北食事サービスワーカーズコレクティブほっと	夕食の配達と安否確認	・配食支援、見守り	港北区全域、鶴見区上の宮、駒岡1~5丁目、馬場1~7丁目、北寺尾1~7丁目、東寺尾1~3丁目、獅子ヶ谷1丁目、都筑区東山田町10~60、73~108、1448~1480番地
	56	R2年10月	通所型支援	合同会社	合同会社どりいむ	いきいき夢サロン	・介護予防(茶話会、料理、運動、生花、健康麻雀、歌等) ・会食	港北区
	57	R4年4月	通所型支援	一般社団法人	一般社団法人 菊名植村のさと	木曜サロン「里山ぐらし」	・介護予防(昭和むかし話、ガーデニング、歌唱・合奏、体操、脳トレ等) ・会食	大豆戸地域ケアプラザの担当地域
緑	58	30年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 笑顔	笑顔サロン	・介護予防(コグニサイズ、筋トレ体操、健康麻雀、歌声サロン、健康講座等)	横浜市緑区、旭区、青葉区、都筑区など
	59	30年4月	配食支援	消費生活協同組合	福祉クラブ生活協同組合 緑・青葉食事サービスワーカーズコレクティブなご味	夕食の配達と安否確認	・配食サービス ・見守り	緑区全域、青葉区全域、旭区の一部(上白根、若葉台)
	60	31年4月	通所型支援	一般社団法人	一般社団法人 フラットガーデン	レモンの庭	・介護予防(おしゃべり、編み物、縫物、ものづくり、カードゲーム、将棋、囲碁、麻雀、お散歩、お料理等) ・食事(お茶、お菓子)	横浜市緑区周辺
	61	R5年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 KUSC	「健康・つながり・まち」づくり	・介護予防(体操等)	緑区
	62	R5年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	NPO法人霧が丘ぶらっとほーむ	ぶらっとROOM ~みんな一緒に楽しもう~	・介護予防(趣味活動、多世代多文化交流等)	緑区霧が丘、十日市場、長津田、旭区若葉台
青葉	63	30年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 神奈川県転倒予防医学研究会	青葉GOGOクラブ	・介護予防(転倒予防運動、アクティビティ等) ・会食(お茶、おやつ)	青葉区・都筑区・緑区、川崎市宮前区・麻生区、但し、自力で通えることを条件とする(送迎なし)
	64	R1年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	NPO法人地域コミュニティハウスげんきかい	げんきかい健康体操	・介護予防(歌声会、健康体操(ハマトレ))	青葉区全域、緑区、その他参加者の希望による
	65	R1年10月	配食支援	企業組合	企業組合ワーカーズ・コレクティブ・にんじん つつじが丘ランチ ポポロ	ポポロの配食サービス	・配食支援、見守り	青葉区 つつじが丘、さつきが丘、梅が丘、藤が丘、もえぎ野、しらとり台、青葉台、榎が丘、桂台、若草台等 ※上記以外の場所は応相談
	66	R2年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 スペースナナ	シニアの遊び場	・介護予防(体調チェック、体操、脳トレ、口腔ケア、ゲーム、歌、アート等)	青葉区、都筑区全域

令和5年度 横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(サービスB等) 交付団体一覧(令和5年4月1日時点)

90事業 (通所型支援:60件、訪問型支援:5件、配食支援:18件、見守り支援:7件)

75団体 (特定非営利活動法人:39件、任意団体:12件、消費生活協同組合:5件、企業組合:2件、株式会社:5件、一般社団法人:8件、社会福祉法人:2件、合同会社:1件、公益財団法人:1件)

事業実施区	No.	補助開始	区分	団体種別	団体名	活動名	主な活動内容	利用申し込みに対応できる地域
青葉	67	R2年10月	配食支援	株式会社	株式会社 NITTAJAPAN	管理栄養士監修! BALENA健康べんこのデリバリー	・配食支援、見守り	青葉区の一部 (すすき野、荏子田、美しが丘)
	68	R5年4月	配食支援	企業組合	企業組合ワーカーズ・コレクティブ ミズ・キャロット	ミズ・キャロット配食サービス	・配食支援	青葉区すすき野、あざみ野、大場町、鉄町一部、元石川町、美しが丘西、美しが丘一部
都筑	69	30年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 I Love つづき	スローカフェ都筑	・介護予防(体操、音楽、歌、お茶講座、折り紙、顔ヨガ、簡単体操、絵本、スマホ講座、手しごと等) ・会食	都筑区中川地域ケアプラザエリアを中心に都筑区全体、青葉区、港北区、緑区
	70	R1年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人アーモンドコミュニティネットワーク	アーモンド・カフェ～スープの時間～	・介護予防(体操、音楽、脳活、アート、書の活動、回想法による傾聴等) ・昼食	都筑区、青葉区、港北区、緑区
	71	R4年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人五つのパン	いのちの木コミュニティカフェ	・介護予防(創作活動(編み物、ミシン等)、体操、脳トレ 等) ・会食	都筑区、港北区、青葉区、緑区
	72	R5年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人ワーカーズ・コレクティブ円	リフレッシュサロン♡心葉	・介護予防(筋力維持・腰痛予防・口腔ケア体操、脳トレ、歌、手芸、囲碁・将棋 等)	都筑区、港北区、緑区、青葉区
戸塚	73	29年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人いこいの家 夢みん	夢みんゆめサロン	・介護予防(体操、音楽、脳トレ、おしゃべり) 等	ドリームハイツ及びその周辺 (特に制限はありません)
	74	29年10月	見守り支援			夢みん見守り隊・助け隊	・見守り ・生活援助(家事支援、ごみ出し、付添代行、話し相手の支援を通じた見守り、鍵の預かり) 等	ドリームハイツ及び周辺(徒歩圏内)
	75	R5年4月	配食支援			みんなで作るゆめごはん	・配食 ・安否確認、見守り	ドリームハイツ及びその周辺
	76	30年1月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人ふらっとステーション・ドリーム	健康づくりプログラム	・会食 ・介護予防(体操、折り紙、栄養講座、歌、健康麻雀、ナンブレ) 等	戸塚区深谷町、俣野町及び周辺
	77	R4年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人くみんネットワークとつか	おひさまサロン	・介護予防(健康づくり体操、口腔ケア、体力測定、健康講座、アート・文化(塗り絵、絵、小物づくり、折り紙)、クイズ、計算など) ・会食	戸塚区を中心に横浜市全域(自力で来所できる方)
78	R4年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人ぐるーぶ・ちえのわ	健康サロン	・介護予防(健康体操、筋トレ、脳トレ、レクリエーション(染め・陶芸・クラフト等)、口腔体操) 等 ・会食	戸塚区大正地区(小雀町・原宿町・影取町・深谷町等)	
栄	79	29年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人積み木	ミニデイサロン ハッピーランチ	・会食 ・介護予防(椅子に座った簡単体操、口腔ケア、3Aプログラム、音楽鑑賞、脳トレ、健康講和、塗り絵、歌う会) 等	横浜市内(自力で参加できる方)

令和5年度 横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(サービスB等) 交付団体一覧(令和5年4月1日時点)

90事業 (通所型支援:60件、訪問型支援:5件、配食支援:18件、見守り支援:7件)

75団体 (特定非営利活動法人:39件、任意団体:12件、消費生活協同組合:5件、企業組合:2件、株式会社:5件、一般社団法人:8件、社会福祉法人:2件、合同会社:1件、公益財団法人:1件)

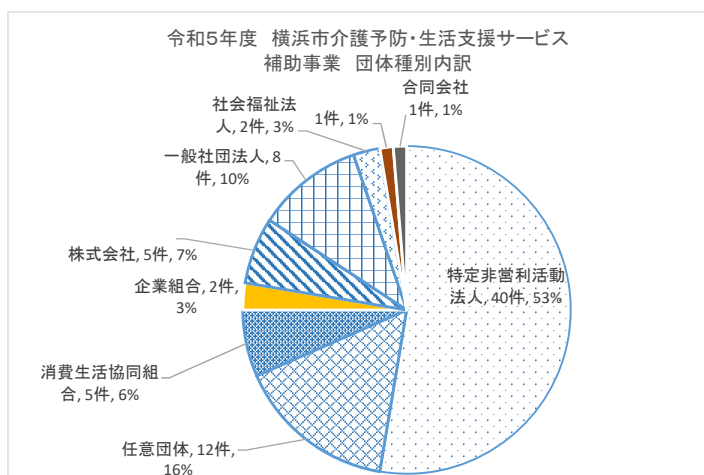
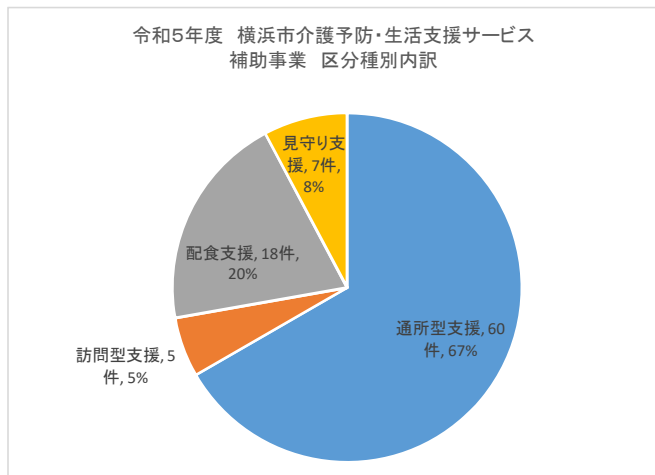
事業実施区	No.	補助開始	区分	団体種別	団体名	活動名	主な活動内容	利用申し込みに対応できる地域
栄	80	29年10月	配食支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 積み木	配食サービス	・配食サービス ・見守り	栄区(豊田地区・小菅ヶ谷地区・笠間地区の一部)、戸塚区(下倉田地区の一部)
	81	30年1月	配食支援	消費生活協同組合	福祉クラブ生活協同組合 栄食事サービスワーカーズコレクティブ「竹の子」	夕食のお届けと見守り	・配食サービス ・見守り	栄区全域、港南区の一部(港南台8・9丁目、日限山3・4丁目、日野南5・6・7丁目)、戸塚区の一部(下倉田町)
	82	R2年4月	通所型支援	社会福祉法人	社会福祉法人 訪問の家	花かご	・会食 ・介護予防(転倒予防体操、3A、口腔体操、料理教室等)	栄区全域
泉	83	29年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 だんだんの樹	コミュニティだんだん(夢カフェ・脳いきいき教室・生活リハビリ・麻雀、ラミューキューブ)	・会食 ・介護予防(筋トレ、脳トレ、ふまねっと健康教室、ラミューキューブ、生活リハビリ)等	横浜市全域
	84	29年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 日本園芸療法研修会	ベルガーデン水曜クラブ	・介護予防(園芸作業) ・軽食、昼食等	基本的には横浜市泉区中心(基本的に自力で参加可能な方なら泉区外でも可)
	85	30年10月	通所型支援	特定非営利活動法人	NPO法人 宮ノマエストロ	エンジョイエイジング	・回想法+プログラム(ヨガ、歌、コグニサイズ等)+会食 ・健康マージャン ・趣味サークル	横浜市
	86	R4年4月	配食支援	任意団体		エンジョイランチ	・配達 ・コミュニケーション	泉区、戸塚区、瀬谷区等(泉区の近隣区)
瀬谷	87	30年1月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 せや	ミニデイサロン「月の会」	・会食 ・介護予防(体操、歌声喫茶、折り紙、脳トレ、囲碁)等	南瀬谷地区・宮沢地区・その他 応相談
	88	30年4月	配食支援	任意団体	瀬谷第二地区 配食サービス ひまわり会	瀬谷第二地区 配食サービス ひまわり会	・配食サービス ・見守り	瀬谷第二地区
	89	R2年10月	配食支援	任意団体	見守り配食グループ わっか	配食支援	・配食支援、見守り	瀬谷区 阿久和東、阿久和西、阿久和南
	90	R5年4月	通所型支援	特定非営利活動法人	特定非営利活動法人 愛のささえ	ぼかぼかの会	・介護予防(体操、音楽療法、回想法等) ・会食	瀬谷区阿久和南部地域、泉区 北部地域

令和5年度 横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業(サービスB等) 交付団体一覧(令和5年4月1日時点)

90事業 (通所型支援:60件、訪問型支援:5件、配食支援:18件、見守り支援:7件)

75団体 (特定非営利活動法人:39件、任意団体:12件、消費生活協同組合:5件、企業組合:2件、株式会社:5件、一般社団法人:8件、社会福祉法人:2件、合同会社:1件、公益財団法人:1件)

事業実施区	No.	補助開始	区分	団体種別	団体名	活動名	主な活動内容	利用申し込みに対応できる地域
-------	-----	------	----	------	-----	-----	--------	----------------





～ 地域で取組む 高齢者の介護予防・生活支援 ～

要支援者等を含む高齢者に配慮した、
体操教室や交流サロン(通所型支援)を実施する活動団体
を補助金で応援します！

補助金額 (条件あり)
活動費：最大 60 万円/年間
家賃：最大 240 万円/年間



横浜市では、歳を重ねても、周りからのちょっとした手助けが必要になっても、住み慣れた地域で積極的・活動的に暮らせる、ポジティブ・エイジングな社会を目指しています。そんな誰もが支え、支えられる居場所づくりを、横浜市が応援します！

Q1

どんなことをやると、補助金がもらえるの？



Q2

要支援者に配慮した活動とは？



Q3

家賃補助の条件は？



Q4

申請書の提出から、活動報告までの流れは？



次のページへ

申請期間

令和4年度横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業 (サービス B)

【申請期間】 令和4年10月18日(火)～12月2日(金)【消印有効】

【補助対象期間】 令和5年4月1日(土)～令和6年3月31日(日)

【申請先】 横浜市 健康福祉局 地域包括ケア推進課 【郵送(レターパック等で受付)】

〒231-0005 横浜市中区本町 6-50-10

事前のご相談先

食事の提供を伴う場合は、事前に、各区の生活衛生課へもご相談ください。



- 日常生活圏域 (主に中学校区程度) で活動をしている場合 (予定を含む)
 - ☞ 各地域ケアプラザまたは特養併設地域包括支援センターへご相談ください。
- 区域での活動をしている場合 (予定を含む)
 - ☞ 各区社会福祉協議会または、区役所高齢・障害支援課 高齢者支援担当へご相談ください。
- 本制度全般の問合せ先
 - ☞ 横浜市健康福祉局地域包括ケア推進課
 - TEL : 671-3464、FAX : 550-4096、E-mail:kf-zai-hojyo@city.yokohama.jp

必ず活動エリア内の地域ケアプラザ、区社会福祉協議会、区役所（高齢・障害支援課）へ事前相談をしましょう。
補助金の申請の詳細は、横浜市のホームページから「手引き」をダウンロードして、ご確認ください。



<手引きの入手方法>

- 方法1 ● **横浜市 サービスB** で検索
- 方法2 ● スマートフォン等で、右のQRコードを読み込んでリンクからご確認ください。



補助金額は、次の3種類です。

No	全体の利用人数 (1回あたり)	うち活動に参加することが、 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等に位置づけられた要支援者等の人数 (1週あたり)	年間上限額		
			活動費	家賃等	合計
1	5人以上	5人以上	60万円	—	60万円
2	10人以上	5人以上	60万円	120万円	180万円
3	20人以上	10人以上	60万円	240万円	300万円

申請前に、20人以上入れる広さがあるのか、要支援者10人以上の参加が見込まれるプログラムになっているか等、利用人数の要件を達成できるか、必ず確認してください。

Q1

どんなことをやると、補助金がもらえるの？



- **住民主体のボランティア等が**、地域の拠点などで、要支援者等を中心とした利用者向けに、
- **週1回介護予防に資するプログラム（3時間程度）を実施し**、
- 全体の利用人数が5人以上で、そのうち、活動に参加することが**介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等に位置づけられた要支援者等が5人以上利用している**場合

→ 活動費 60万円/年間 を補助します。

<プログラム例>

	月	火	水	木	金	土	日
AM	介護予防に資するプログラム (概ね3時間)						
PM							

<利用人数の要件>

- 全体の利用人数：**5人以上**
- うち、活動の利用が、ケアプランに位置づけられた要支援者等：**5人以上**

- 10:00~10:15 出欠確認
- 10:15~10:30 おしゃべり
- 10:30~11:30 体操
- 11:30~11:45 休憩
- 11:45~12:45 口腔体操+ランチ
- 12:45~13:00 歌を歌う、物づくり

Q2

家賃補助の条件は？



Q1の条件に次の3つの条件が加わります。

- (1) 申請者が、**法人格を有する団体**であること。又は、「地域の団体（任意団体）と協力関係にある社会福祉法人等が不動産を借り受け、地域の団体（任意団体）が、住民主体の補助事業を実施していること。
- (2) 活動場所で、**週5日以上かつ1日5時間以上、要支援者等も参加することができる住民が集う場所を運営していること**
- (3) 活動場所が、申請団体・申請団体の代表者もしくは役員、その三親等以内の親族が所有する施設でないこと。

また、**利用人数等の実施の規模に応じて、拠点家賃の補助額が異なります。**

例：活動費 **60万円**+拠点家賃補助 **120万円**の補助を受け、**週1回**介護予防に資するプログラムを実施する場合

	月	火	水	木	金	土	日
AM	多世代 交流カフェ 介護予防に資するプログラム (概ね3時間)	趣味活動	多世代 交流 カフェ	趣味活動	多世代 交流 カフェ	子育て 支援等	子育て 支援等
PM		カラオケ		カラオケ			

同じフロアで、本事業以外の事業を行う場合は、それぞれの面積比率から、補助対象の家賃を割り出す場合がありますので、事前に図面等と一緒に相談ください。

- 全体の利用人数：**10人以上**
- うち拠点に通うことが、ケアプランに位置づけられた要支援者等：**5人以上**

1つの場所で、週5日以上1日5時間以上、要支援者等が参加することができる住民が集う居場所を運営

住民主体のボランティアとは？

本事業は、利用されている方が活動を通して地域とのつながりを深め、週1回の活動がない日も、日頃から住民の方が見守ってくれる安心感や、ちょっとした困りごとを住民同士で解決する支えあいの輪を広げていくことを目的としています。そのため、住民主体のボランティア（有償・無償）が活動に関わっていることを重要視しています。



メンバーの中に、住民ボランティアの方がいない場合は、地域ケアプラザや区社協、区役所と相談の上、近隣住民ボランティアの方との連携が出来ないか相談してみましょう。

介護予防に資するプログラムとは？

転倒・骨折予防、運動機能改善、口腔機能の改善、栄養改善、認知症予防等の生活機能の改善等を旨とする活動のことです。 プログラムの内容は、地域包括支援センターの職員が把握している、地域の高齢者の特徴やニーズ

（例：膝が痛いという理由で介護保険の認定を申請される方が多いので、膝を強化できるような座ってできる体操があると良い等）を踏まえて検討し、活動が、生活機能改善を旨とするものになるよう、地域包括支援センターや区社協、区役所とよくご相談の上、プログラムの内容を検討しましょう。

介護予防に資するプログラムの実施にあたっては、既に取り組まれている内容が、要支援者等が参加できるような内容になっているか見直したり、新たなプログラムを導入するなど、工夫してみましょう。

（例）・体操、運動等の活動 ・趣味活動等を通じた日中の居場所 ・定期的な交流、サロン ・会食 等

Q：参加者に負担の少ないカフェなどを検討していますが、これだけで介護予防に資するプログラムになりますか？

A：カフェだけではなく、例えば昼食後にちょっとした口腔ケアの体操を入れたり、栄養改善やお薬の飲み方講話を実施したり、簡単な体操などのレクリエーションによる交流の時間を設けるなど、高齢者の生活機能の改善のための、「運動」、「食事」、「口腔ケア」、「医学管理」、「社会参加」をバランスよく組み込むことが重要です。地域ケアプラザ等と話し合いながらプログラムを工夫してください。



Q3

要支援者に配慮した活動とは？



要支援者の方は、生活に少し不便を感じたり、加齢とともに、足腰が弱くなり外出しづらくなっている方などがいらっしゃいます。

そのような方が参加しやすい活動となるよう、様々な面で配慮がされている活動のことをいいます。誰もが参加しやすい活動とするためには、単にお困りごと全てを支援するだけではなく、一人ひとりの得意なことなどを考え、お願いできそうなことは思い切って頼んでみる等、誰もが誰かのために活動できるような雰囲気を作ることが大切です。

いくつか、活動の例をあげましたので参考にしてみてください。

活動日を忘れてしまう方には

- ・事前に電話をしてお知らせする。
- ・当日、誘い合せて来ていただく。
- ・次回の予定をチラシでお渡りする。



ちょっとしたことなら手伝っていただけそうな方には

- ・体操の準備、食事やお茶の配膳等の準備・片づけを手伝っていただく。
- ・1人でも出来そうな場合は声をかけお願いする。



得意なことのある方には

- ・プログラムの一部をお願いする。
（例：絵が得意なら、会場に飾る絵やチラシを描いてもらう。手芸が得意な方に手芸の先生になってもらう。）



日頃から簡単なもので食事を済ませがちな方には

- ・お弁当や食事を提供する場合等は、栄養バランス等に配慮する。
- ・取り入れた方がよい食材など、豆知識を伝える。



プログラムについていけるか不安のある方には

- ・足腰が弱ってきた方のために、椅子に座ったままできる体操を取り入れる。
- ・麻雀の途中で足腰を鍛える体操を組み込む。



行き帰りに不安がある方には

- ・ボランティアが自宅から、活動拠点まで付き添う。
- ・自宅が近い参加者同士、誘い合せて参加していただく。

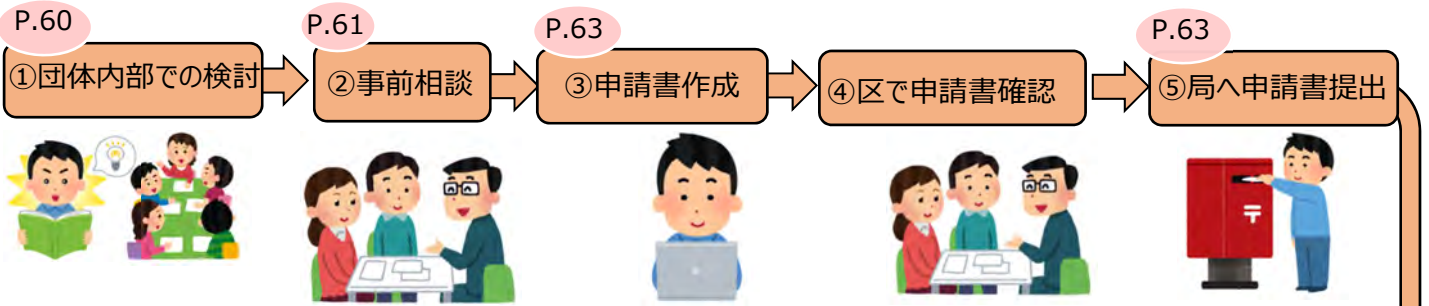


Q4

申請書の提出から、活動報告までの流れは？

※以下のページは、手引きのページです。

< 事前相談から事業完了までのプロセス (スケジュール) >

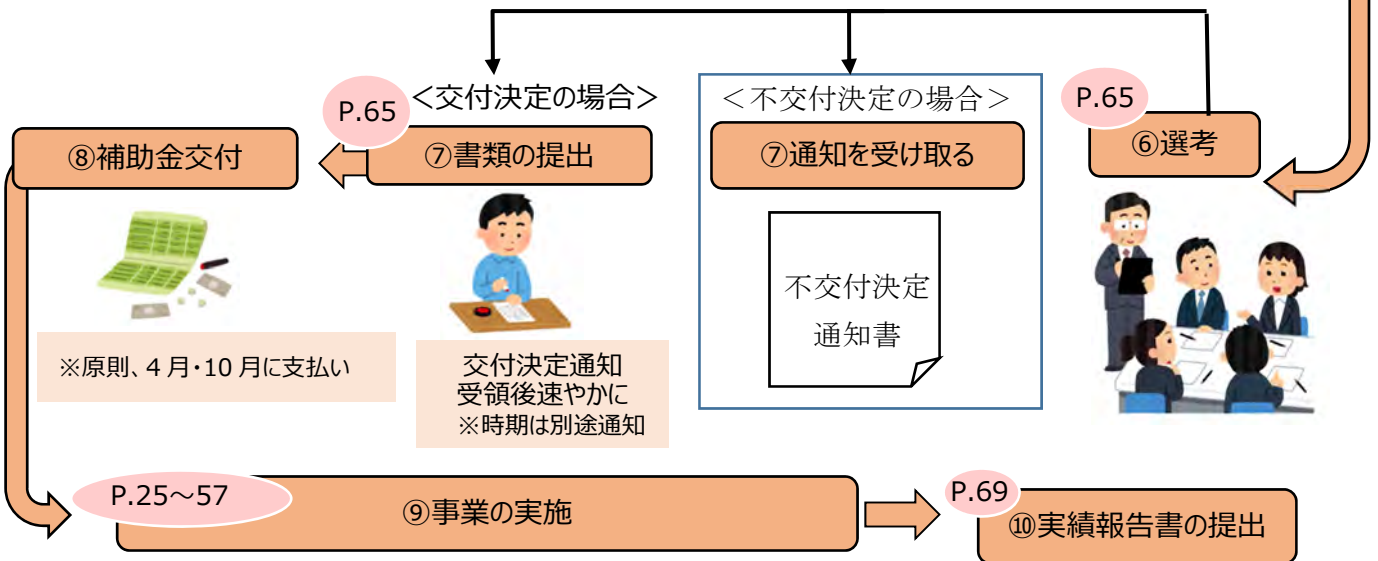


十分な期間が必要ですので、早めにご連絡の上、ご相談ください。

締切：令和4年12月2日(金)

細かい要件がありますので、まずは、手引きをお読みください。

団体が考えた活動内容（提供する支援の内容）が、事業の趣旨や、地域のニーズとあっているかを確認する必要があります。活動するエリアの地域ケアプラザ、区社会福祉協議会、区役所へ、必ず事前に電話で打合せ日時をご連絡の上、余裕を持ってご相談ください。

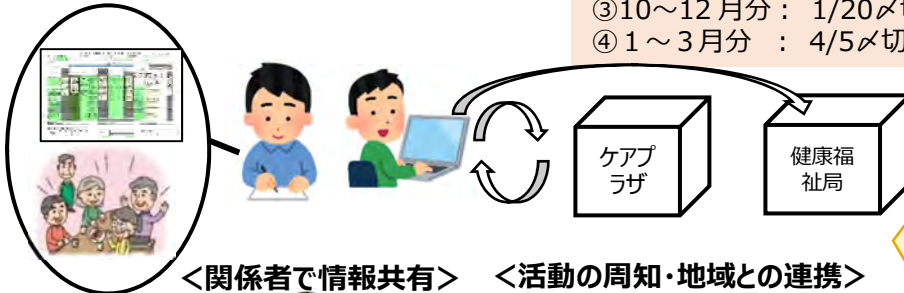


【補助対象期間】 令和5年4月1日～令和6年3月31日

< 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等をもとに、四半期ごとに実績を報告 >

- ① 4～6月分 : 7/20㊦切
- ② 7～9月分 : 10/20㊦切
- ③ 10～12月分 : 1/20㊦切
- ④ 1～3月分 : 4/5㊦切

締切：令和6年4月5日(金)



事業実施にあたっての運営の基準、ポイントがありますので、必ず手引き P.24～の第3章をご確認ください。

補助金の交付が決定した後も、適宜、要支援者を始めとする利用者の状況を共有したり、ケアマネジャーに活動を周知するなど、関係者と連携しながら進めていきましょう。

～ 地域で取組む 高齢者の介護予防・生活支援 ～

- ・訪問型支援
- ・配食支援
- ・見守り支援

要支援者等を含む高齢者に配慮した事業を実施する活動団体を補助金で応援します！

補助金額（条件あり）
活動費：最大 60 万円／年間



買物代行、調理
ごみ出し等の生活支援
(訪問型支援)



栄養バランスの
とれた食事の提供
(配食支援)



定期的な訪問
による見守り
(見守り支援)



横浜市では、歳を重ねても、ちょっとした周りからの手助けが必要になっても、住み慣れた地域で積極的に暮らせる、ポジティブ・エイジングな社会を目指しています。そんな誰もが支え、支えられる地域づくりを、横浜市が応援します！

Q1

どんなことをやると、補助金がもらえるの？



Q2

住民主体のボランティアとは？



Q3

要支援者に配慮した活動とは？



Q4

いつまでに、どうやって申請書を出せばいいの？補助金をもらった後のスケジュールは？



次のページへ

申請期間

令和4年度前期 横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業（サービスB）

【申請期間】 令和4年10月18日（火）～12月2日（金）【消印有効】

【補助対象期間】 令和5年4月1日（金）～令和6年3月31日（金）

【申請先】 横浜市 健康福祉局 地域包括ケア推進課 【郵送(レターパック等で受付)】

〒231-0005 横浜市中区本町 6-50-10

事前のご相談先

食事の提供を伴う場合は、事前に、各区の生活衛生課へもご相談ください。



○日常生活圏域（主に中学校区程度）で活動をしている場合（予定を含む）

☞ 各地域ケアプラザ又は特養併設地域包括支援センターへご相談ください。

○区域での活動をしている場合（予定を含む）

☞ 各区社会福祉協議会または、区役所高齢・障害支援課 高齢者支援担当へご相談ください。

○本制度全般の問合せ先

☞ 横浜市健康福祉局地域包括ケア推進課

TEL：671-3464、FAX：550-4096、E-mail: kf-zai-hojyo@city.yokohama.jp

必ず活動エリア内の地域ケアプラザ、区社会福祉協議会、区役所（高齢・障害支援課）へ事前相談をしましょう。
補助金の申請の詳細は、横浜市のホームページから「手引き」をダウンロードして、ご確認ください。



<手引きの入手方法>

- 方法1 ● 横浜市 サービスB で検索
- 方法2 ● スマートフォン等で、右のQRコードを読み込んでリンクからご確認ください。



Q1

どんなことをやると、補助金がもらえるの？



住民主体のボランティアが、要支援等の自宅に定期的に（週1回以上）訪問し、

- ① 買物代行や、調理、ごみ出し等の生活支援
- ② 栄養改善を目的とした配食や見守り
- ③ 定期的な訪問による見守り

のいずれかの活動を行い、そのうち、**活動を利用することが介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等に位置づけられた要支援者等（※1）への支援の提供回数（※2）が、年間240回以上である場合**

→ 活動費60万円/年間を補助します。



※1 サービスBにおける「要支援者等」とは・・・

- ① 要支援1・2の要介護認定がある人又は要支援相当で基本チェックリストを活用して事業の対象となった人（事業対象者）で、地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメント等でサービスの必要性がケアプランに位置付けられた人
- ② 「①」として活動を利用していた人で、令和3年4月1日以降に要介護1から5の認定を受けた後も、継続的に活動を利用する必要性がケアプラン等に位置づけられた人のことをいいます。

介護保険証

「認定区分」はここに記載があります

基本チェックリスト

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等

支援計画	サービス種別	事業所(利用先)	期間
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)	横浜市通所型支援	サービスBの活動団体名(サロン名称)	
地域のサロンに通うことで、外出の機会を確保し、近所との繋がりをつくり、介護予防に資するプログラム(脳トレ・歌など)に参加する(週1日程度)	横浜市訪問型支援	サービスBの活動団体名(活動名称)	
話し相手・見守り・ごみ出し等、生活支援等を通して、在宅生活を見守る(週1日程度)	横浜市見守り支援		



※ 2「支援の提供回数」年間 240 回の数え方について

- 活動を利用することが、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等に位置づけられた要支援者等（※ 1）への提供回数を「支援の提供回数」とします。そのため、**要支援 1・2 の要介護認定はあるが、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等に活動を利用することが位置づけられていない要支援者や、元気な高齢者、こどもがいる世帯等への支援などは、本事業の年間 240 回の実績とはなりませんので、注意してください。**
- 実績としてカウントできるのは、**原則 1 人につき、週 1 回まで**です。
※介護予防ケアマネジメント等の結果、**週 2 回以上の活動が介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等に位置付けられる場合は、1 人につき最大週 2 回まで実績としてカウントできます。**
(カウント外とはなりますが、1 人につき週 3 回以上の支援を妨げるものではありません)

例：月～金の週 5 日、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等に位置づけて配食を利用している方の場合
4 月の利用は、週 5 日× 4 週 = 20 回ですが、1 人につき、最大週 2 回までが実績なので、
このうち、週 2 日× 4 週 = 8 回が、実績となります。



Q2

住民主体のボランティアとは？



本事業は、利用されている方が活動を通して地域とのつながりを深め、週 1 回の利用がない日も、日頃から住民の方が見守ってくれる安心感や、ちょっとした困りごとを住民同士で解決する支えあいの輪を広げていくことを目的としています。そのため、住民主体のボランティア（有償・無償）が活動に関わっていることを重要視しています。

メンバーの中に、近くに住むボランティアの方がいない場合は、地域ケアプラザや区社協、区役所と相談の上、近隣住民ボランティアの方との連携が出来ないか相談してみましょう。



Q3

他の補助金とどう違うの？ 要支援者に配慮した活動って？



要支援者の方は、ちょっと生活に不便を感じたり、加齢とともに、足腰が弱くなり外出しづらくなっている方もいらっしゃいます。地域ケアプラザ等から聞いた、要支援者の困りごとに寄り添いながら、出来るところを話し合っ活動内容を検討してください。困りごと全てを支援するのではなく、要支援者の方が自分で出来そうなことは一緒にやったり、思い切っご本人にお願いする等、いつまでも、住み慣れた地域で暮らしていくための、「自立した生活の支援」ができるよう配慮してください。

以下には、既に活動を始めていただいている方が工夫されている例をあげましたので参考にしてみてください。

外に出かけるきっかけ・楽しみを伝える

・訪問の際、地域で実施されるイベントや行事予定などをチラシをお渡しして、利用者が、外出したり、地域の方と交流をするきっかけを作る。



日頃から簡単なもので食事を済ませがちな高齢者の方には

・お弁当や食事を提供する場合は、出来るだけ栄養バランス等に配慮する。
・取り入れた方が良い食材など、豆知識を伝える。



ちょっとしたことならご自分で出来そうな方には

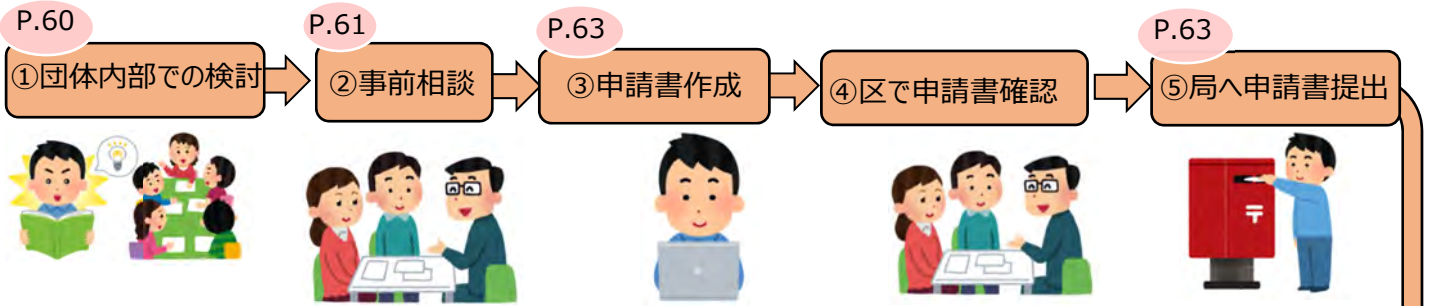
・最初は一緒にやったり、1 人でも出来そうな場合は、声をかけながらお願いしてみる。
※どこまでなら自分でできて、どこまでの支援を希望されているのかよく話を聞いてみましょう。

Q4

申請書の提出から、活動報告までの流れは？

※以下のページは、手引きのページです。

< 事前相談から事業完了までのプロセス (スケジュール) >

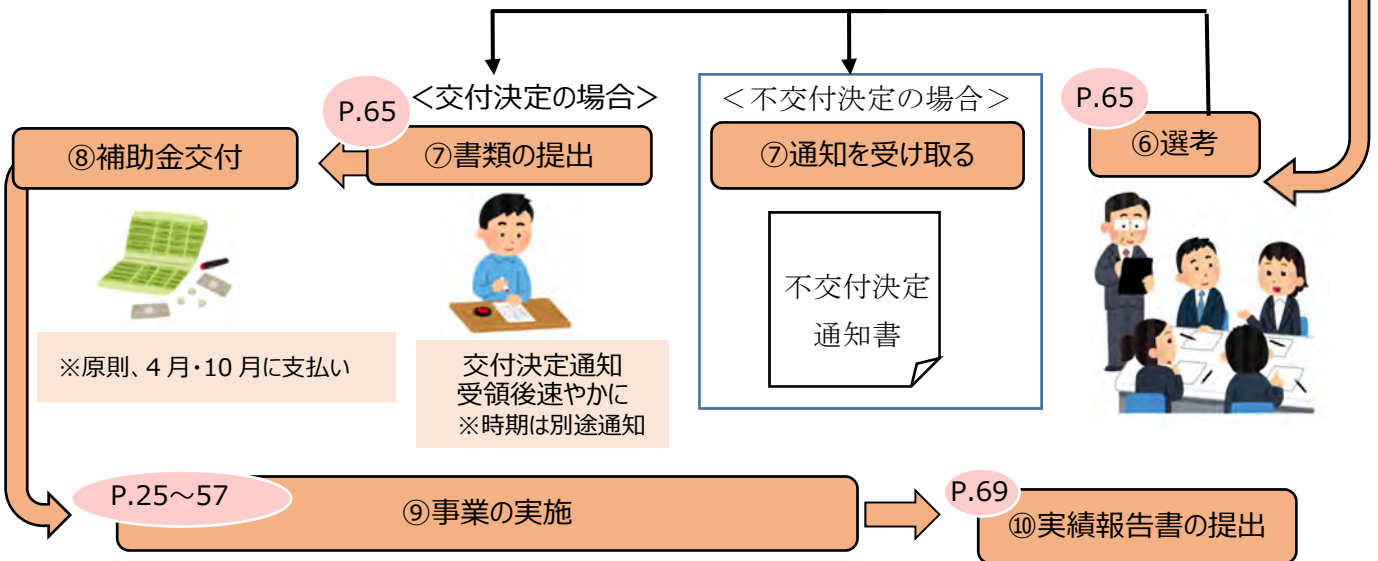


十分な期間が必要ですので、早めにご連絡の上、ご相談ください。

締切：令和3年12月24日(金)

細かい要件がありますので、まずは、手引きをお読みください。

団体が考えた活動内容（提供する支援の内容）が、事業の趣旨や、地域のニーズとあっているかを確認する必要があります。活動するエリアの地域ケアプラザ、区社会福祉協議会、区役所へ、必ず事前に電話で打合せ日時をご連絡の上、余裕を持ってご相談ください。



※原則、4月・10月に支払い

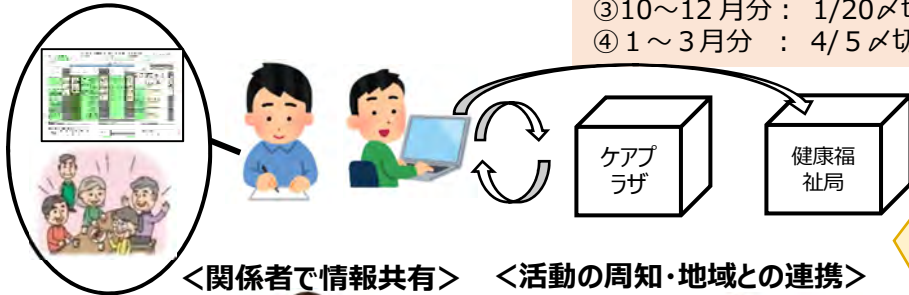
交付決定通知受領後速やかに
※時期は別途通知

【補助対象期間】 令和5年4月1日～令和6年3月31日

< 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント等をもとに、四半期ごとに実績を報告 >

- ①4～6月分 : 7/20〆切
- ②7～9月分 : 10/20〆切
- ③10～12月分 : 1/20〆切
- ④1～3月分 : 4/5〆切

締切：令和6年4月5日(金)



< 関係者で情報共有 >

< 活動の周知・地域との連携 >

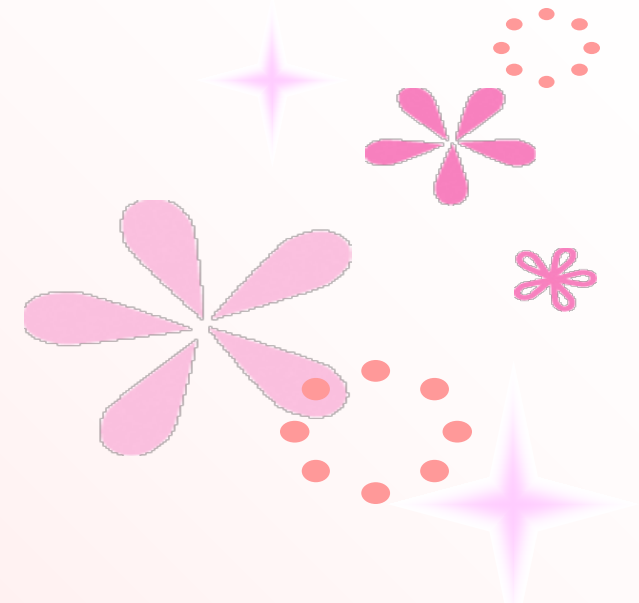
事業実施にあたっての運営の基準、ポイントがありますので、必ず手引き P.24～の第3章をご確認ください。

補助金の交付が決定した後も、適宜、要支援者を始めとする利用者の状況を共有したり、ケアマネジャーに活動を周知するなど、関係者と連携しながら進めていきましょう。



介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念
業務の流れと考え方について

健康福祉局 高齢在宅支援課



第1部 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

● 基本的な考え方

「高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐ（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」

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

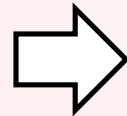


「**利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援**」を行う

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

- 高齢者自身が地域で役割を果たせる活動をするのが
介護予防につながる

利用者の生活上の
困りごとに対して
それを補うサービスを
当てはめる



「心身機能」
「活動」「参加」
にバランス良く
アプローチする

利用者の状況を踏まえた目標設定

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの理念

- 利用者の「主体的な取組」を促す支援が重要！
「なぜ」「今」「その取組が必要なのか」を対象者に明確に伝える工夫が必要
 - 高齢者が理解しやすい言葉
 - 視覚で伝えられる媒体を用いて介護予防事業を紹介する …等

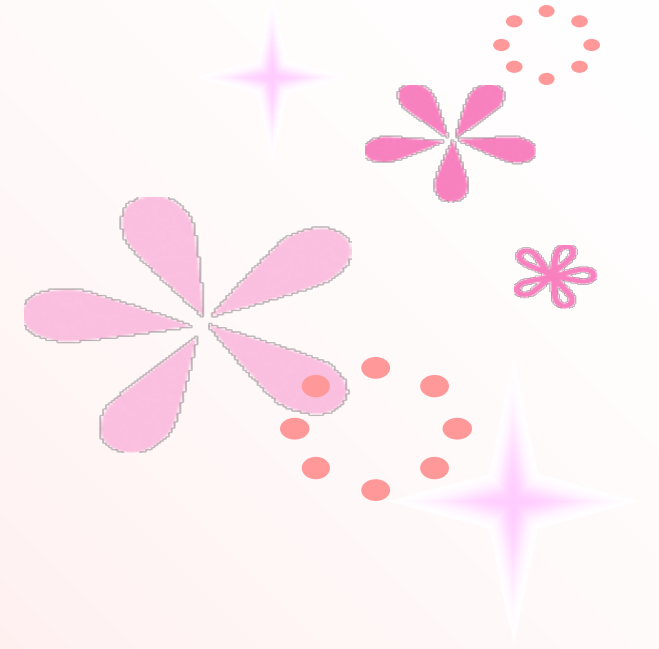
できない…？

やって
いない…？

「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



第2部
介護予防支援・
介護予防ケアマネジメント



介護予防支援

介護予防支援

● 対象者

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、下記のサービスを利用する場合があります。

- ①介護予防給付のサービスのみを利用
- ②介護予防給付と総合事業における「サービス事業」（訪問型、通所型サービスなど）等を組み合わせて利用

● 実施主体

指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）

- 職員1人あたり240件/年
 - 指定居宅介護支援事業所に委託可能
- ※最終的な責任は地域包括支援センターが担う
⇒委託先のアセスメントやサービス内容は適切か？
業務は適切に行われているか？



介護予防支援ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント

★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

● 対象者

- 要支援認定者等
- 基本チェックリストにより事業対象者と判断された方

● 実施主体

- 地域包括支援センター

※業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託可能

⇒介護予防ケアマネジメントCは委託できません

※介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けていません

介護予防ケアマネジメント

● 介護予防ケアマネジメントの類型

- ① 介護予防ケアマネジメントA（原則的なもの）
- ② 介護予防ケアマネジメントB（簡略化したもの）
- ③ 介護予防ケアマネジメントC（初回のみのももの）

※横浜市は当面の間、介護予防ケアマネジメントAとCの2つの類型で実施します。

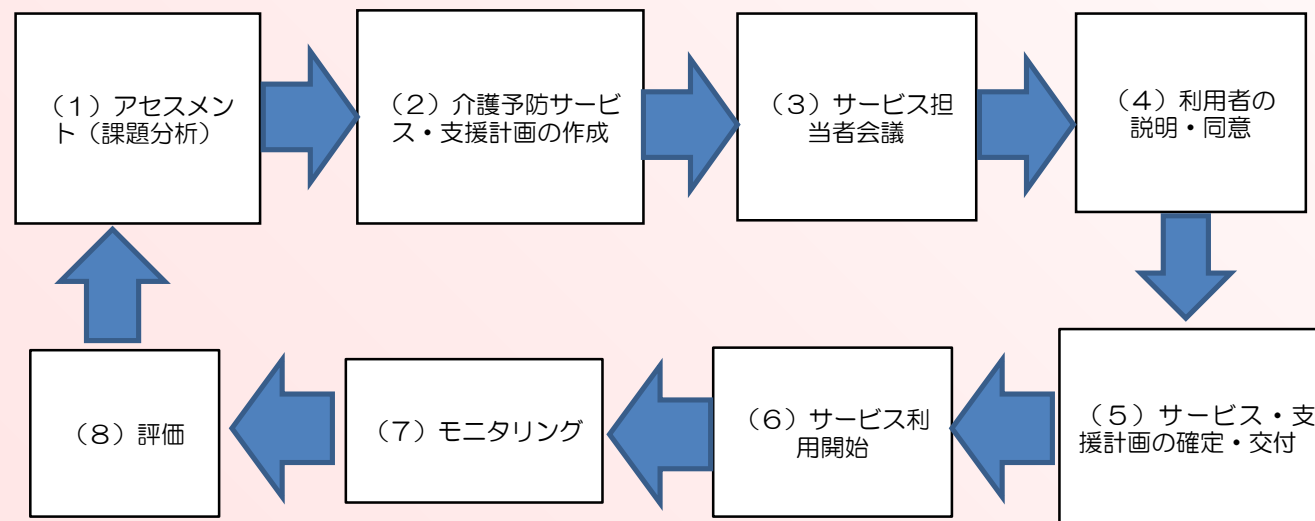
本人の状況（基本チェックリストの結果）や本人の希望するサービス等を踏まえて、原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で実施します。

介護予防ケアマネジメント

- 介護予防ケアマネジメントA
(原則的な介護予防ケアマネジメント)

地域包括支援センターがアセスメント結果に基づき、サービス・支援計画原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定。

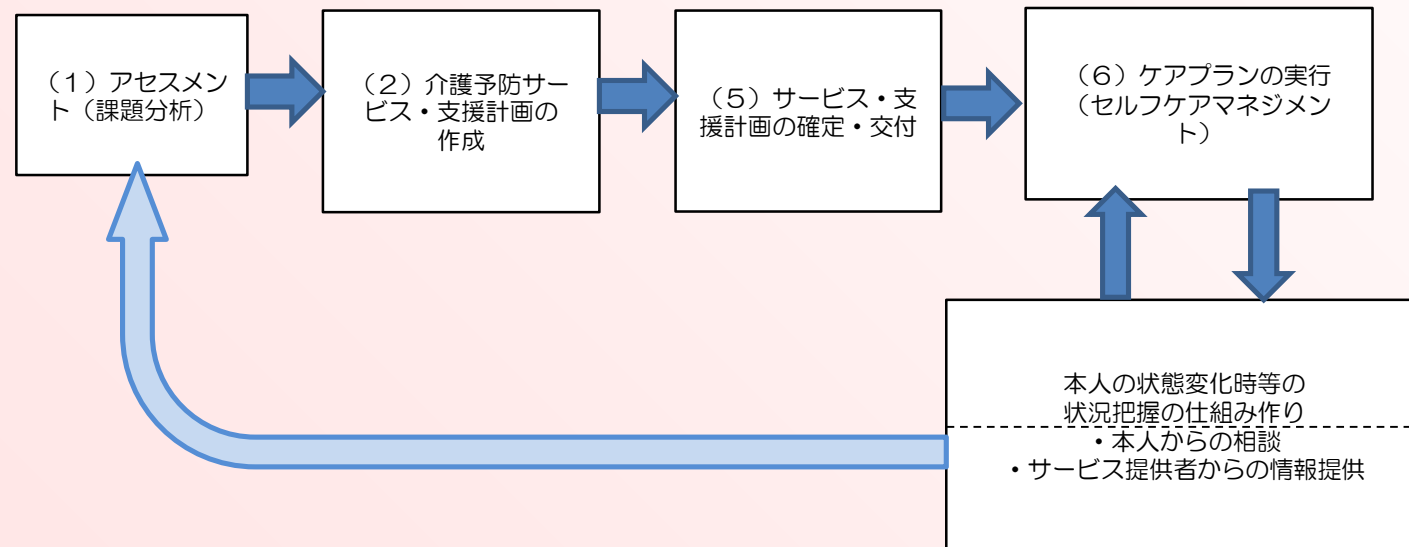
訪問によるモニタリングについては、少なくとも3か月に1回行い、本人の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておきます。



介護予防ケアマネジメント

● 介護予防ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)

アセスメントの結果、本人自身の状況、目標などを確認し、横浜市介護予防・生活支援サービス補助事業（サービスB）及び一般介護予防事業、インフォーマルサービス等を利用する場合に実施。



介護予防ケアマネジメント

● 実施上の注意事項

(1) 総合事業のみを利用する場合には、サービス・支援計画の自己作成に基づく利用は想定していません。 予防給付にて自己作成している者が、総合事業のみを利用する場合にも、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ます。

(2) 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に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者含めて、関わる全ての人々が総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。

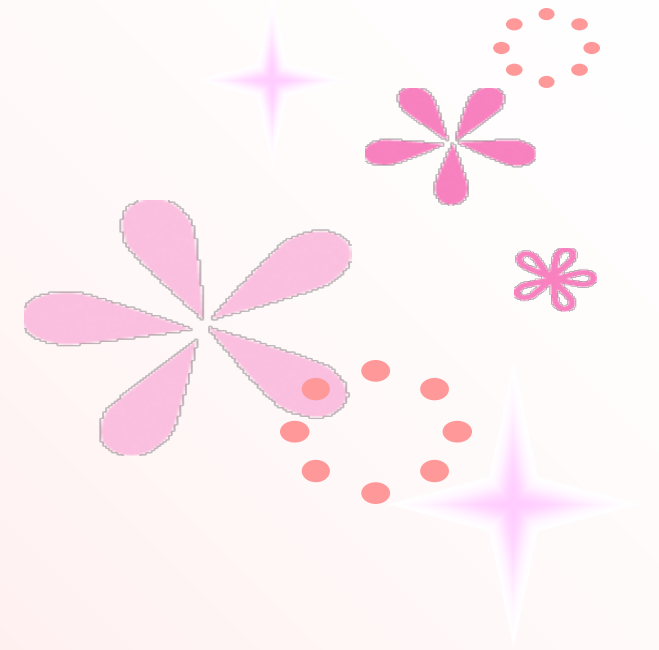
特に介護予防ケアマネジメントCでは、利用者の状態の変化などがあった際に、本人や家族、サービス提供者等から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておくことも大切です。

介護予防ケアマネジメント委託時の注意点

- 要支援認定者が介護予防ケアマネジメントAを利用する場合や要支援者が認定有効期間満了後に更新の認定申請を行わず、基本チェックリストにより事業対象者となった場合は、居宅介護支援事業所に委託できます。
- 初めて介護保険サービスを利用する方が、事業対象者となった場合、初回の介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターで行い、1クール（3～6か月）終了後のサービス・支援計画の継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所に委託できます。適宜、地域包括支援センターが関与する事とします。
- 指定居宅介護支援事業所が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、サービス担当者会議、モニタリング・評価結果なども活用し、関与します。

介護予防ケアマネジメント委託時の注意点

- 地域包括支援センターは、アセスメント結果、目標設定、サービスの選択について『自立支援』、『地域での役割』等を考慮した内容となっているか確認します。また、サービス担当者会議等を利用し、本人の状況を確認します。
- 地域包括支援センターは、居宅介護支援事業所がインフォーマルサービスや地域資源（ボランティア情報、介護予防活動グループなど）を有効に活用し、利用者の「身体機能・活動・参加」にバランスよく働きかけるよう、情報を整備し、提供できるように努めます。
- 介護予防ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）については、地域資源の実情を十分に把握して利用者に情報提供することが必要なことから、地域包括支援センターで実施します（指定居宅介護支援事業所への委託は不可）。



第3部
介護予防支援・
介護予防ケアマネジメントの進め方

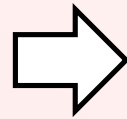
介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

(1) アセスメント（課題分析）

○本人の望む生活（＝「したい」）（生活の目標）と
現状の生活（＝「うまくできていない」）

⇒「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析、
生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題
（目標）」を明らかにする。

「出来ている」
「頑張っている」
プラスの部分の把握



家庭内や地域の通いの
場で発揮できないか？

自己効力感を高め積極的な社会参加を促す

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

【方法】

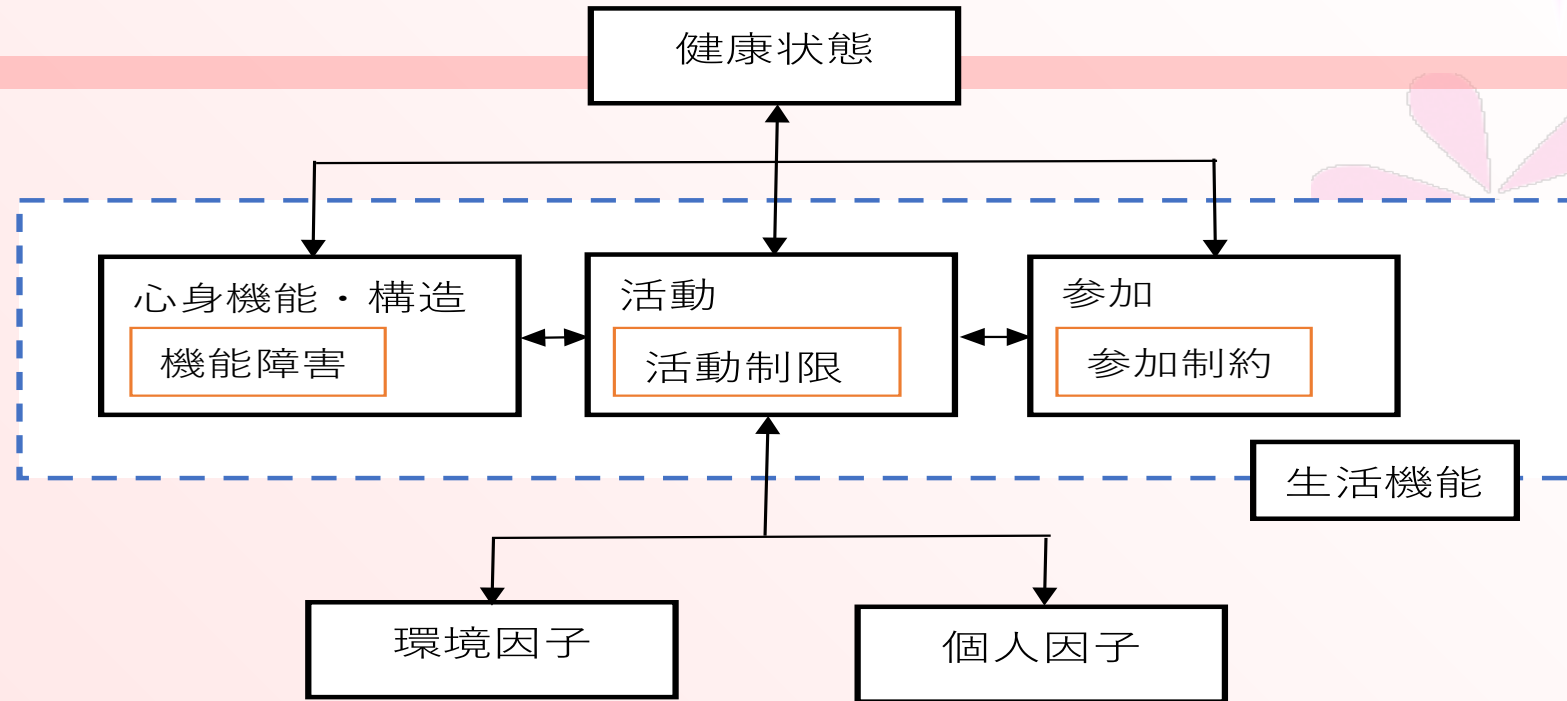
本人の趣味活動、社会活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から「～したい」、「～できるようになる」という目標に変換していく

●より本人に合った目標設定に向けて『暮らしのアンケート』（P64参照）や『興味・関心チェックシート』なども利用してください。

●事業対象者は要介護認定審査会を経ていないため、アセスメントを実施する際は、基本チェックリスト等を参考に、日常生活動作（ADL）、手段的日常生活動作（IADL）、運動、栄養、口腔機能などの確認にあわせ、既往歴や現病歴、治療の内容を丁寧に聞き取る必要があります。

●ICFの活用

《 国際生活機能分類 (ICF) 》



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

①体の働きや精神の働きである「心身機能」

②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」

③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなる

出典：「高齢者リハビリテーション研究会報告書」（平成16年1月）

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

(2) 介護予防サービス・支援計画の作成

● 目標設定

- 介護予防サービス・支援計画の目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することです。
- 手法としては、3～12 か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6 か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に以下のことに考慮し、計画を作成します。

- ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
- ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択）
- ・「いつ頃までに」（期限）

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

【方法】

●単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、疾病の特徴や年齢等も加味しながら、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、設定する。

⇒利用者が、「自分の目標」として意識できるような内容・表現となるように工夫します。

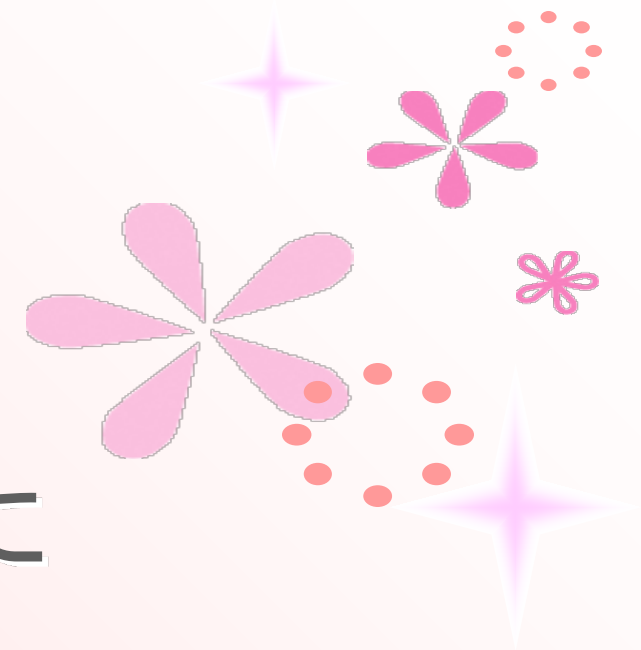
●計画に定められた実施期間（最長12か月）の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標を立てることが大事です。

⇒あわせて、目標に向かって、段階的な小目標を設定し、高齢者が、その小目標を一つずつ達成していくことで、自信を回復できるよう心がけます。

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

(介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

課 題	目 標
<p>セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、 TPO に応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>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し、TPO に応じた身支度をする</p>
<p>家庭生活 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</p>	<p>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済ます</p>
<p>対人関係 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など</p>	<p>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：誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</p>	<p>仕事：店番や畑仕事など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</p>
<p>コミュニケーション 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</p>	<p>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</p>
<p>運動と移動 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・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>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</p>
<p>知識の応用（判断・決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>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</p>
<p>コミュニティライフ・社会生活・市民生活 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</p>	<p>交流・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</p>



それではここで一緒に
お考えください！

ポイント～目標設定編～

【サービスの利用が目標になっていませんか？】

Aさん 76歳で一人暮らし。

趣味の会に週1回参加していたが、インフルエンザで2週間寝込んだことをきっかけに、閉じこもりがちな生活を半年続けてきた。筋力低下と腰痛あり。階段は手すりを伝って移動。外出は、内科開業医に月1回（高血圧のため内服中）、整骨院に週1回の通院。寝込む前は毎日、テレビ体操を続けていた。

娘は車で10分の所に住んでいるが、仕事のため週末に訪問している。

通所サービスを希望し、要介護認定を令和3年1月4日に申請し、要支援1認定を受けた。

×良くない例 （目 標）閉じこもり生活を改善する

（1～3か月目：小目標）通所サービスに通う

（4～6か月目：小目標）通所サービスに休まず通う

⇒サービスの利用が目標になっている

ポイント～目標設定編～

○良い例 (目 標) 趣味の会に参加できる。

(1～3か月目：小目標)

通所サービス(週1日)利用と合わせ、毎日テレビ体操と天気の良い日に近くの公園まで5～6分歩く。

(4～6か月目：小目標)

火・木曜日：近所のコンビニまでパンを買いに行く。(10分程度の歩行)

ポイント：

①実現可能な小さな目標をたてます

②介護給付や生活支援サービス以外にも本人が実践する(できる)目標を入れましょう

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

(3) サービス担当者会議

- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAにおいて実施します。
- 本人、家族、サービス事業者等の支援関係者が集まり「本人の状況」「目標」「サービス」等の内容を確認します。本人・家族の意見をさらに取り入れ、調整した上で、サービス等を決めていきます。本人・家族の同意が得られたら、サービス提供者から支援計画、注意点等を説明します。



介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

【位置づけ】

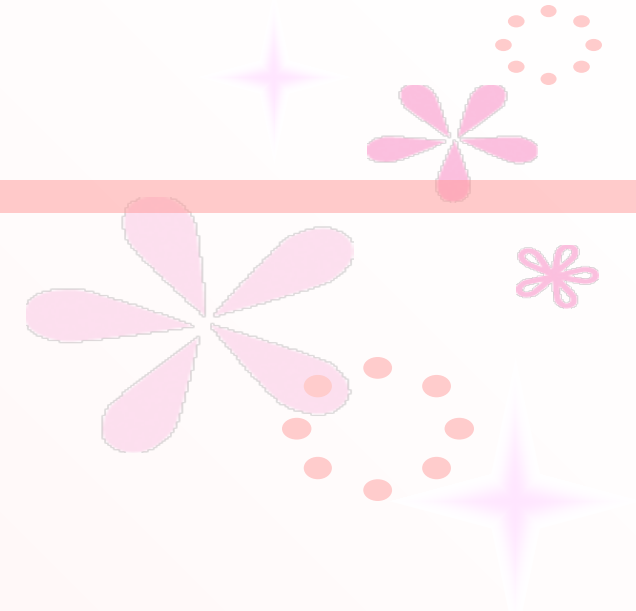
介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAの場合
原則として介護予防サービス支援計画の作成時と変更時に開催

【目的】

- ①利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解する
- ②地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有をし、その役割を理解する
- ③利用者の課題、その利用者の生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議する
- ④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

【構成員】

利用者・家族、サービス事業担当者、主治医、介護予防ケアプラン作成者、
インフォーマルサービスの提供者等



介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

【開催のタイミングと協議内容】

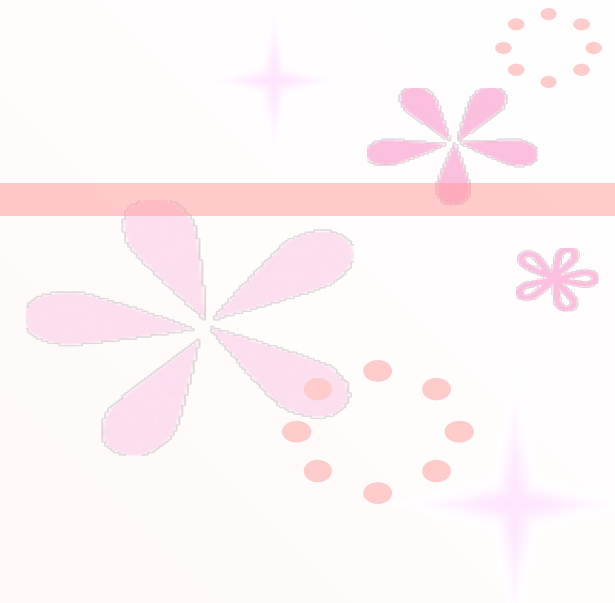
（作成時） 新規に介護予防サービス・支援計画を作成した時

- 利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容について
- サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- 各サービス・支援の計画作成のための二次的アセスメント

（変更時） 要支援更新認定・要支援状態区分の変更の認定を受けた時

（臨時） 介護予防サービス計画の実施状況の把握（継続的なアセスメントを含む）を行い、
必要に応じて介護予防サービス計画の変更等を行った時

- サービス、支援提供の変更が必要な状態把握
- 介護予防ケアプラン作成のためのアセスメント
- 新たな介護予防ケアプラン作成



介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

※ 介護予防サービス・支援計画の変更は、本人が目指す「生活の目標」を達成する期間の間に、モニタリングを通じて、支援内容の適否、目標の達成状況や本人の状況変化に応じて行います。あわせて目標の設定期間終了時には、新たな目標及び計画の見直しを行う必要があるかどうかも含めて、意見を求めるサービス担当者会議を開きます。

※ 利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更など）のみで、介護予防サービス計画作成の一連の流れが不要と判断した場合は、サービス担当者会議は省略できます。その場合においても、利用者の状況や課題の変化には十分留意することが必要です。

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

(4) 利用者の説明・同意

- サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防サービス・支援計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得ます。

(5) サービス・支援計画の確定・交付（利用者、サービス実施者）

- 本人の同意を得て、地域包括支援センターより介護予防サービス・支援計画をサービス実施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地域包括支援センターから送付します。

(6) サービス利用開始

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

(7) モニタリング

● 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAの場合

【目的】

- サービス・支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次のサービス支援計画に結びつける

目標達成

再度課題分析を行い、課題が解決されている場合は、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、速やかに次のステップアップを検討

目標達成が困難

サービス・支援計画を組み直す。必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を参考に、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

【方法】

サービス利用状況の確認と心身の状況確認のため、
毎月、電話や通所先での面接などの手法を通じて実施します。

また、3か月に一度は自宅に訪問し、生活状況、新たな課題が出ていないかなどを本人・家族から聞き取りにて確認します。
これらの実施状況については、「介護予防支援経過」に随時内容を記載します。

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

●介護予防ケアマネジメントCの場合

モニタリングは必須ではありません
が！！

本人の状況を確認できる体制づくりが必要

サービスBの
運営主体との連携

専門職による
活動の場の巡回

サービス提供者と
地域包括支援センターの
間で連絡が取れる仕組み
づくり

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの進め方

(8) 評価（介護予防ケアマネジメントCを除く）

プランで定めた目標を達成するための期間の終了時には、プランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定します。評価は、サービス事業者からの実績報告だけでなく、利用者・家族の意見も聞く必要があることから居宅を訪問して行います。

○ 評価は介護予防サービス・支援計画・介護予防ケアマネジメント作成から最長12か月で実施します。

※ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実施時の留意事項

●事業対象者の場合、介護予防ケアマネジメントを実施中に、要介護認定申請をすることも想定されます。その場合は基本的には介護・予防給付の暫定プランによる介護予防給付のサービスを優先して利用してください。

●介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることがないように、必要な措置を講じます。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける連携

(1) 居宅介護予防支援事業所との連携（ケアマネジメントCは除く）

- ①介護予防サービス・支援計画を実施するにあたり、総合事業のサービス(補助事業及び一般介護予防事業等)の利用が見込まれる
- ②サービス担当者会議
- ③介護予防サービス・支援計画に対する確認
- ④利用者の状況が変化し介護予防サービス・支援計画を見直すとき
- ⑤サービス提供事業者から個別介護予防計画に基づくサービス実施状況について報告を受けたとき
- ⑥目標の達成状況を確認して介護予防サービス・支援評価表を作成したとき

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける連携

(2) 主治医との連携

- ・医療系サービスを利用する場合は、利用者の同意を得て主治医の意見を求め、その指示に基づいて介護予防サービス・支援計画に位置づける。

(3) 区役所、サービス提供事業所、主治医、保健・医療・福祉の関係機関などとの連携

サービス提供者等の関係者が援助目標やそれぞれ役割を理解して活動するための情報共有を図る。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける連携



※ 介護予防ケアマネジメントCにおける連携

介護予防ケアマネジメントCの場合、そのプロセスの一部を本人・家族、住民主体の通いの場を運営する住民も担うこととなります。

地域包括支援センターの職員等とともにケアマネジメント結果を関係者で共有されていることは大切です。



第4部
介護予防支援・
介護予防ケアマネジメントの
記録について

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの記録について

(1) 使用する様式について

【使用する様式】

- ① 利用者基本情報
- ② 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）
- ③ 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）
- ④ 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
- 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表） いきいきプラン転記用
- ⑥ GoGo健康！いきいきプラン（ケアマネジメントC専用様式）
- ⑦ 暮らしのアンケート
- ⑧ 興味・関心チェックシート

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの記録について

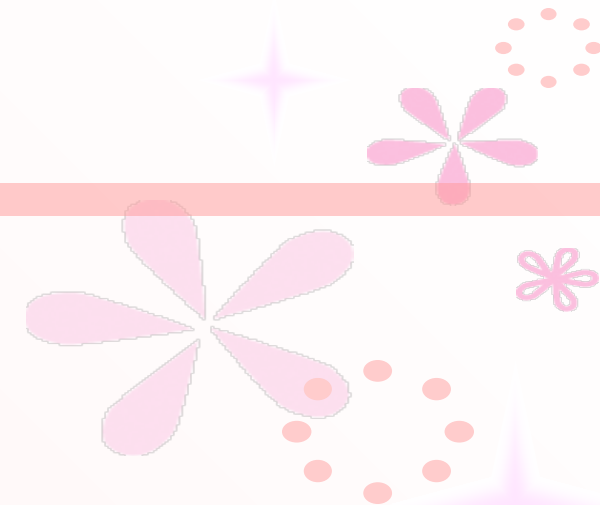
	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
①	○	○	○
②	○	○	(○)
③	○	○	×
④	○※1	○※1	×
⑤	×	×	○
⑥	×	×	○※2
⑦	(○) ※3	(○) ※3	(○) ※3
⑧	(○) ※3	(○) ※3	(○) ※3

※1 評価は、最長12か月ごとのほか、本人の状況が変化した時に行います。

※2 ⑥を使用する場合、⑤に入力すると、⑥の対応した箇所に入力内容が転記されます。
入力に使用した⑤は地域包括支援センターで保管します。

※3 ⑦⑧は介護予防ケアマネジメント開始時や評価時に、本人の生活状況や考え方などを理解するために使用することもできます。必ず実施しなければならないものではありません。

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの記録について



(2) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAの場合

初回の介護予防サービス・支援計画を作成する場合、①②を使用し、③には、サービス担当者会議の要約や本人、家族への支援・モニタリングの内容、主治医やサービス事業所との連絡調整内容等の記録に、④は最長12か月ごと（もしくは本人の状態変化時）の評価に使用します。

(3) 介護予防ケアマネジメントCの場合

初回の介護予防ケアマネジメントを実施する場合、①⑤⑥を使用します。本人へは⑥を交付します。（使用する様式は①②でも可）

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの記録について

「GoGo健康！いきいきプラン」（介護予防ケアマネジメントC専用様式）

GoGo健康！いきいきプランは、ご本人が目標とする生活（姿）を実現するために、解決すべき課題を明らかにし、その解決に向けた様々な取組（セルフケア）やサービス・地域資源等を主体的に選択・決定・行動できるように、ご本人が地域包括支援センター専門職の支援を受けながら作成します。

あわせて、ご本人を支援するご家族及び関係者も目標や介護予防に向けた取組を確認するためのツールです。本人自身が行う「健康づくり・介護予防への取組（セルフケア）」とあわせ、家族やボランティア等をお願いする「様々なサポート」等について記入し、役割やサポート時の注意事項などを共有します。本人の了解があれば、関係する機関や団体への提供も可能とします。

このシートはアセスメントの結果、補助事業や一般介護予防事業、インフォーマルサービスを利用する場合（介護予防ケアマネジメントC）を実施する時のみに使用します。

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの記録について

1 「いきいきプラン」の使用方法

- (1) P1、P4は本人自身が記入することが望ましい。何らかの理由で記入が困難な場合は、本人・家族と相談(合意形成)しながら地域包括支援センター職員が記入します。
- (2) ケアプランの確定・交付後はP1、3、4について、必要に応じて本人や家族が記入内容の変更や追記を行って良いことを説明します。
- (3) 入力シート【緑部分】に記入した内容は、「いきいきプラン」に転記されます。そのため、「いきいきプラン」は本人に渡し、「入力シート」は地域包括支援センターで保管します。
すでに、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施している場合、現行の様式②の使用も可能です。

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの記録について

2 地域包括支援センター職員の支援方法

(1) 本人が目標とする生活（姿）が達成できるよう、自身が行う健康づくり・介護予防に関する取組や様々な主体が行うサービス等を選択・決定できるように支援します。その際、専門家として本人の疾病や生活環境等を勘案し、予後を見通した上で達成可能な目標設定ができるように支援します。あわせて、本人や家族が利用する介護予防活動やサービスを選択しやすいように、本人の生活圏域（区域や隣接する地域包括支援センター圏域）に合わせた、情報を集め提示します。

(2) 介護予防ケアマネジメントCはモニタリングがないため、本人の状態変化やサービスの利用状況等の把握が困難です。そのため、本人、家族がいつでも相談しやすいよう、相談当初からの信頼関係の構築を図ります。あわせて、サービス提供事業所やボランティアなどの関係者と連携できる体制作りが大切です。

介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメントの記録について

いきいきプランを使用するメリット

介護予防ケアマネジメントCのポイント

<目標>

本人が自分自身のセルフケアマネジメント力を高めることで、PDCAサイクルを回し、生活（行動）していくことができる

<そのために>

ケアプランを本人とともに考え作り上げていくことが重要

<さらに>

家族及び関係者も理解することも必要

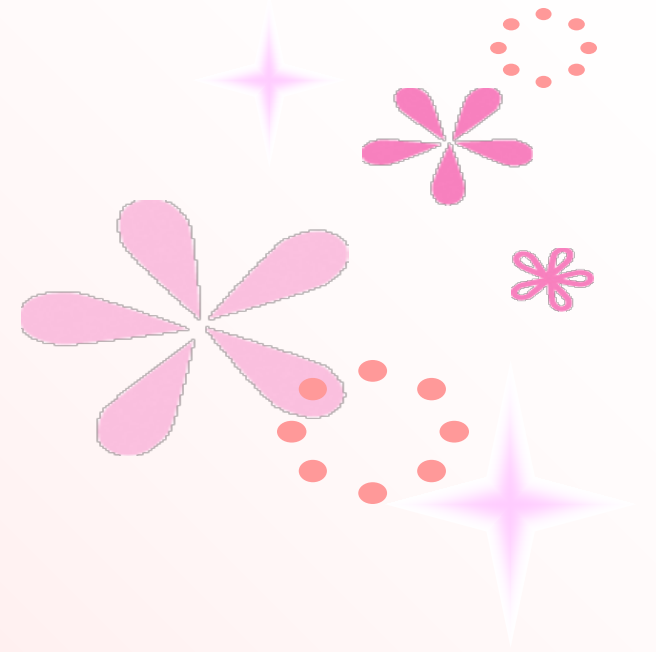
<そのために>

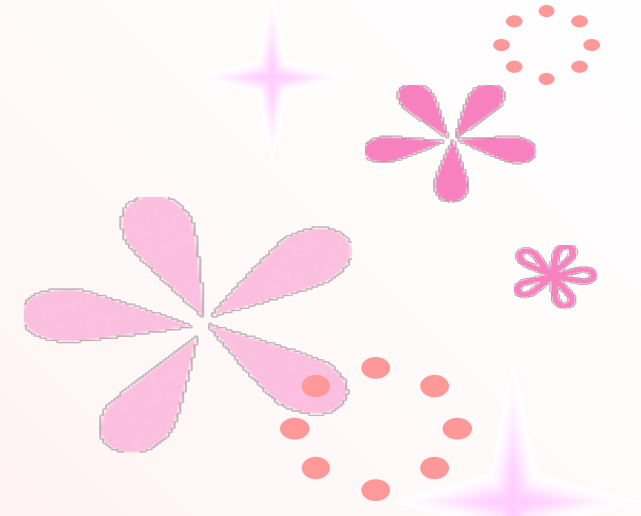
本人自身が行う介護予防・健康づくりへの取組や家族やボランティアにお願いする「様々なサポート」等についても記入することで、それぞれの役割や注意する事などを共有しやすくなる。

いきいきプランにより「本人の思いや考えを落とし込むこと」ができる



END





介護予防支援及び
介護予防ケアマネジメント業務に係る
関連様式記載要領

利用者基本情報(P49～)

ア 「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

イ 「相談日」

初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

ウ 「本人の現況」

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

エ 「本人氏名」

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。

オ 「住所」

当該利用者の現在居住している居住地を記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

利用者基本情報

カ 「電話番号」

当該利用者と連絡のとれる電話番号を記載する。

キ 「日常生活自立度」

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の3aの「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付す。

ク 「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当有り」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

ケ 「障害者等認定」

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

コ 「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

利用者基本情報

サ 「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

シ 「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

ス 「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

セ 「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

ソ 「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

利用者基本情報

タ 「今までの生活」

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

チ 「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

「一日の生活・すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物・仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

ツ 「趣味や楽しみ、特技」

以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。

テ 「友人や地域との関係」

友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

利用者基本情報

ト 「現病歴・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場合、主治医意見を記載した医療機関または医師については★印を付す。

ナ 「現在利用しているサービス」

当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

ニ 「個人情報の第三者提供に関する同意」

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、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、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を得る。

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)(P51~)

★ケアマネジメントC様式⑤ ⑥ 「GOGO健康！いきいきプラン」記載事項 (P57~)

ア 「No.」

利用者の整理番号を記載する。

イ 「利用者名」 ★【P 1 名前に記入。本人の自書可】

当該サービス・支援計画等の利用者名を記載する。

ウ 「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

エ 「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

オ 「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○を付す。

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)

カ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、
「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請
中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。認定を受けていない場合は、○を付さ
ない。

キ 「要支援1・要支援2、事業対象者・要介護1～5」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から総合事業に
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）を利用する場合は「事業対象者」を
選択する。

ク 「サービス・支援計画作成者」 ★【P4「連絡先」に記入】

当該サービス・支援計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、
介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護
支援専門員名もあわせて記載する。

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 「委託の場合：サービス・支援計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該サービス・支援計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

コ 「担当地域包括支援センター」 ★【P4「連絡先」に記入】

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

サ 「サービス・支援計画作成（変更）日（初回作成日）」 ★【P1「作成日」に記入】

当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関するサービス・支援計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

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)

シ 「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。この欄には、必要に応じて計画作成者が前記の支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位及び一年単位で、イメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルで一緒に考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の目標は両方記載することが望ましい。また、両者の目標は関連を持たせた目標となるように記載することが望ましい。

本人の疾患等により、一年単位の「目標とする生活」がイメージできない場合は、一日単位の「目標とする生活」のみの記載でも差し支えない。

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)

シ 「目標とする生活」

「1日」

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

※1日の目標は具体的で、「毎日できたかどうか」を利用者や家族・支援者が確認できる内容でかつ実現可能なものが望ましい。

「1年」 ★【P1 「長期目標」に記入 本人の自書】

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

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)

ス 「健康状態について」

「主治医意見書」(要支援者のみ)、「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、サービス・支援計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

セ 「アセスメント領域と現在の状況」 ★【P2表「暮らしの様子」に記載】

アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。各アセスメント領域において「現在、自分で(自力で)実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、主治医意見書、興味関心チェックシート、基本チェックリストの回答状況も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。また、利用者・家族からの情報だけでなく、サービス・支援計画作成者が観察した状況についても記載する。

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)

セ 「アセスメント領域と現在の状況」

「運動・移動について」★

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

「日常生活（家庭生活）について」★

家事（買い物、調理、掃除、洗濯、ゴミ捨て等）や住居、経済管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人関係コミュニケーションについて」★

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「健康管理について」★

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。

特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

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)



ソ 「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにサービス・支援計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

アセスメント領域 と現在の状況	主な日常生活の状況	状況を聞き取る時の視点	
		本人からの聞き取り	家族からの聞き取り
運動・移動について	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行 ・昇降 ・移動手段（自家用車） ・移動手段（バス） ・移動手段（タクシー） 	自分で行えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族の介助を必要とする場合は、どのように介助され、実施しているのか
日常生活(家庭生活)について	<ul style="list-style-type: none"> ・買い物 ・調理 ・掃除 ・洗濯 ・ゴミ捨てる ・住居の管理 ・家計(金銭)の管理 ・花木やペットの世話 	自分で行っているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族の介助を必要とする場合は、どのように介助され、実施しているのか
社会参加 対人関係・コミュニケーションについて	家族との交流 近所との交流 家族や近隣での役割の有無 老人クラブ・町内会行事 仕事・ボランティア活動	内容 程度	内容 程度
		参加状況	参加状況
健康管理について	<ul style="list-style-type: none"> ・食事 ・水分 ・排泄 ・清潔 ・整容 ・口腔ケア 	回数・量 自分で行えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族の介助を必要とする場合は、どのように介助され、実施しているのか
	健康管理 <ul style="list-style-type: none"> ・服薬 ・定期受診 ・運動 ・休養 ・飲酒、喫煙 	自分で行えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が行えているか ・家族の介助を必要とする場合は、どのように介助され、実施しているのか



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)



タ 「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。

その際、基本チェックリストの結果についても考慮する。この欄には、現在課題となっていることあるいはその状態でいると将来どのようなことが起こるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付す。

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)

チ 「総合的課題」 ★【P2表「目標を達成するための課題」に記入】

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、**直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。**また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

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)

ツ 「課題に対する目標と具体策の提案」 ★【P2表「お勧めしたいこと」に記入】

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。

このため、目標は漠然としたものではなく評価可能で具体的なものとする。具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけでなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

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)

テ 「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。

合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

ト 「目標」 ★【「P1の目標を達成するための取組」に記入】

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

ナ 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

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)

二 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」 「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」

★【P4いきいきカレンダーに記入】

「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」「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）」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載する。具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

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)

又 「サービス種別」 ★【P4いきいきカレンダーに記入】

「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）」、「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

ネ 「事業所（利用先）」 ★【P4いきいきカレンダーに記入】

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名（利用先）」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

ノ 「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。 ※ 評価期間は最長12か月です。

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)

ハ 「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）」

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を記載する。副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある症状、禁忌事項などを記載する。

ヒ 「本来行うべき支援が実施できない場合（妥当な支援の実施に向けた方針）」

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

フ 「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

ヘ 「必要な事業プログラム」（事業対象者）

基本チェックリストの該当項目数から、チェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による訪問型短期予防サービスを利用する場合は、その基準から考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。必ず実施しなければならないものではない。

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)

(a) 「地域包括支援センターの意見」

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、サービス・支援計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、計画原案等を作成し、サービス・支援計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要がある、その際に、確認をした当該地域包括支援センターの担当者が本欄に意見を記載する（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時にサービス・支援計画原案等の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的なサービス・支援計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

(b) 「サービス・支援計画に関する同意」

サービス・支援計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得ら

れた場合、利用者名を記入する。利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」(P54～)

ア 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

イ 「計画作成者名」

当該計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

ウ 「年月日」「内容」

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づきサービス・支援計画等の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。

「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」(P55～)

ア 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

イ 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。
なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

ウ 「評価日」

当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

エ 「目標」

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

オ 「評価期間」

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

「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」

カ 「目標達成状況」

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。

キ 「目標 達成／未達成」

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。

ク 「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」

何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

ケ 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。

コ 「今後の方針」

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

「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」

サ 「総合的な方針」

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

シ 「地域包括支援センター意見」

サービス・支援計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにシ印を付す。

※介護支援専門員の基礎となる資格や経験等により、得意とする視点や分野が異なります。地域包括支援センターの担当職員と情報を共有・検討することで、アセスメント内容や介護予防サービス・支援計画書を作成するための視野が広がり、効果的な支援計画になることが期待されます。

。

「暮らしのアンケート」(P64～)

■使い方

介護予防ケアマネジメントの開始時や評価時に、本人の生活状況や考え方などを理解するために使用します。アンケートの内容から健康状態や生活状況、課題等について、本人や家族から更に詳しく聞きとり、その結果をもとにアセスメントを行います。課題だけでなく、本人ができていた事も併せて評価しましょう。聞きとりを行う際は、本人と家族の双方に話を聞き、認識の違いなどにも注意します。

なお、初回面接等で本人が話したくない事は、無理やり聞き出す必要はありません。

■記入方法

記入は本人または、本人から聞きとりを行った地域包括支援センター職員（ケアマネジャー）が行います。代行で記入した場合は、間違いがないか本人・家族に必ず確認します。

■特徴

「暮らしのアンケート」は介護予防ケアマネジメント様式②「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）」のアセスメント領域に対応しています。

「暮らしのアンケート」

■確認内容と支援のポイント

I 「歩き方や動作、外出方法について」【運動・移動】

この領域の質問に「はい」と答えた場合、移動機能に何らかの支障がある可能性があります。

1 移動時（立上り、歩行、階段昇降）に支えの必要性

①②③支えが必要な場合の道具の選択と安全性について評価します。

なぜ移動に支障をきたしているか、身体症状や疾病要因を明らかにします。

2 転倒の危険性や歩行状態

④⑤ 転倒の状況や危険性を評価します。

転倒すると再転倒を恐れて外出を控え、生活不活発病の要因となります。場合によっては、骨折するなど要介護状態になる危険性もありますので、予防的な取組をすすめてみましょう。あわせて、転倒しにくい環境づくりについても支援しましょう。

「暮らしのアンケート」

■確認内容と支援のポイント

3 歩行能力と運動習慣

⑥ 歩行状態や運動習慣（健康づくり・介護予防への取組）について確認します。

時間や歩数等を確認することで、本人の健康づくりに関する考え方や情報の入手方法なども理解できます。また、評価時には客観的なデータとしても使用できます。

たとえ歩行状態が落ちていたとしても、本人が健康づくり・介護予防のために取り組んでいる体操や生活の工夫についても確認しましょう。

4 移動手段と範囲

⑦⑧自分だけで可能な移動範囲と手段、自宅周辺の環境について確認します。

あわせて、移動時の危険性の判定や家族の支援内容についても確認しましょう。

「暮らしのアンケート」

Ⅱ 「日頃の暮らしについて教えてください」【日常生活(家庭生活)】

この領域の質問に「いいえ」と答えた場合、日常生活に何らかの支障がある可能性があります。

1 IADLの自立度や介助の状況

①～⑧ 家事、買い物、金銭管理、住宅管理など、自分で行えているか介助(支援)を受けているかを確認します。

介助を要する場合は、支障をきたしている要因(心身状況や疾病、環境など)を明らかにするだけでなく、誰からどのような介助(支援)を受けているか聞くことで、家族や近所、友人などの関わりもみえてきます。

「暮らしのアンケート」

Ⅲ 「趣味活動などの外出状況について教えてください」

【社会参加、対人関係・コミュニケーション】

この領域の質問で「いいえ」と答えた場合、社会参加の低下が考えられます。

1 趣味・特技

① 趣味や特技を確認します。（現在だけでなく過去も含めて聞きとりましょう）

趣味がない場合や過去の趣味や特技が思い浮かばない場合には、「興味・関心チェックシート（指針 P67）」を活用してみましょう。本人が前向きに暮らしていくための目標づくりに向けたヒントになります。また、仕事で培った技術や知識を確認することで、今後の地域参加にむけた支援を行うきっかけになることもあります。

2 社会参加の状況や家庭内・地域での役割

②～⑤ 仕事やボランティア、地域・町内会活動、趣味の会等への参加状況を確認します。

「その他」には、上記以外への社会参加の状況や家族内の役割、交流の状況などを記入します。

⑥ 外出の頻度を確認します。あわせて、目的(行先)を確認すると、本人の生活状況が更に見えてきます。

「暮らしのアンケート」

IV 「健康状態について教えてください」【健康管理について】

この領域の質問は問②以外「はい」と答えた場合、健康維持に課題がある可能性があります。

1 食生活や栄養の状況

①肥満度を把握します。

BMI18.5以下の時には低栄養の可能性があり、理由が特になく、急激な体重減少がある場合には注意が必要です。

②～③ 食事の状況を確認します。

1日3回の食事をとっているか確認します。

特に体重減少がある場合には詳しく聞きましょう。疾病管理の視点から、食事の管理ができていないか確認します。特に、配食サービスや給食会を利用する場合には、減塩指示やアレルギー等を確認し、プラン作成者からも連絡することが望ましいと考えます。

「暮らしのアンケート」

IV 「健康状態について教えてください」 【健康管理について】

2 口腔機能

④～⑤ 歯の残数、噛み合わせなどを確認します。歯の欠損や義歯の不具合などで噛み合わせの状況を確認します。

噛み合わせが悪い場合、食事摂取の内容が偏る可能性があります。また、噛み合わせが悪いと奥歯でくいしばることができず、「歩行バランスが悪い、転倒リスクが高くなる」といった研究も出ています。必要時、歯科医の受診をすすめましょう。

また、むせこみや飲み込みの悪さは、口腔機能が低下している可能性があります。正しい姿勢での食事摂取や「お口の体操」等を伝えたり、地域包括支援センター(地域ケアプラザ)で実施している「介護予防教室」の参加、医療機関の受診をすすめましょう。

「暮らしのアンケート」

IV 「健康状態について教えてください」 【健康管理について】

3 嗜好

⑥ 量や頻度について確認します。

健康管理(疾病の悪化予防)の観点から医師との連絡を必要とする場合があります。

4 清潔保持

⑦ 入浴行為に関する自立度や回数について確認します。

入浴ができない場合は代替方法なども確認します。必要時、浴室等の環境の確認も行います。

5 排泄の状況

⑧ 排泄の困り事や心配がないか確認します。

心配がある場合は、どんなことに困っているのか具体的に確認します。(行為の自立度や回数や量形状についても確認します。また、排泄に関することはデリケートな問題なので、慎重に質問をしましょう。ただし、頻尿、尿漏れなど、加齢とともに問題を抱える高齢者は多く、それ自体が外出を減少させる原因になることを伝えることも大切です。

「暮らしのアンケート」

IV 「健康状態について教えてください」【健康管理について】

6 休養

⑨ 睡眠時間や生活のリズムを確認します。

「睡眠の質が悪い」、「睡眠薬代わりに飲酒している」といった訴えがある場合には、主治医への相談をすすめましょう。（過剰な飲酒は睡眠の質を下げるといわれています）

7 身体状況

⑩⑪ 聴力や視力を確認します。

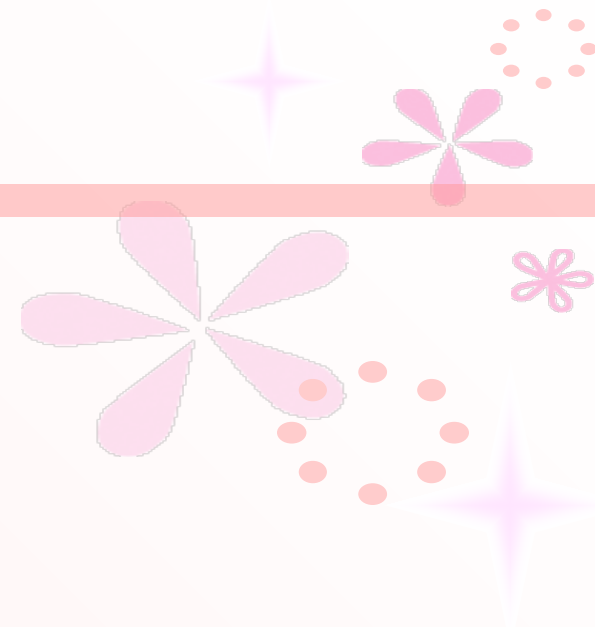
生活に支障をきたしたり、転倒の原因にもなるため、丁寧に聞きとりを行いましょう。また、情報伝達やサービス提供時に配慮が必要となりますので、サービス提供者や団体等へも状況を伝えることが望ましいと考えます。

8 薬の管理

⑫ 薬の管理が自分でできているか確認します。

また、自分が飲んでいる薬の内容や悪化予防の方法についても理解しているか確認しましょう。

「興味・関心チェックシート」(P67)



本人が持つ興味や関心を引き出すために使用することができます。

※本シートの著作権は、一般社団法人日本作業療法士会に帰属しています。
使用の際に許可をとる必要はありませんが、書式の変更等はしないでください。



END





介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの 事務知識

令和5年
健康福祉局高齢在宅支援課





研修内容

- 1 住所地特例**
- 2 利用者への重要事項説明と契約書等の締結**
- 3 ケアマネジメントの報酬**
- 4 居宅介護支援事業所への委託**
- 5 委託の届出**



1 住所地特例

○ 住所地特例とは

- ・ 施設所在市町村の財政上の不均衡を是正
- ・ 住所地特例対象施設に入居し、住民票を異動した方が対象
- ・ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは施設所在地市町村の地域包括支援センターが実施



1 住所地特例

**○横浜市地域包括支援センターが担当する
住所地特例対象者**

次の①②両方に該当する方

①他都市の被保険者証を持っている方

**②市内担当エリア内の住所地特例対象施設に入居し、
かつ、保険証の住所が市内担当エリア内になっている方**



2 利用者への重要事項説明と 契約書等の締結

指定居宅介護支援事業所に委託する際のお願い

- 事前に利用者へ、居宅介護支援事業所が
代行して契約を取り交わす旨の連絡
- 委託先の居宅介護支援事業所への引継ぎ
- 最終的な責任は地域包括支援センター

3 ケアマネジメントの報酬

	総額	支払先	
		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメントA(438単位)	4,870円	4,285円	585円
介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメントA(438単位)+初回加算(300単位)	8,206円	7,220円	986円
介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメントA(438単位)+委託連携加算(300単位)	8,206円	7,220円	986円
介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメントA(438単位)+初回加算(300単位)+委託連携加算(300単位)	11,542円	10,155円	1,387円
介護予防ケアマネジメントC・初回(438単位)	4,870円		4,870円

3 ケアマネジメントの報酬

よくある質問

○初回加算

Q 利用者が転居をして担当の地域包括支援センターが変更となったが、利用者の希望により、転居前と同じ居宅介護支援事業所に委託することとなった。

その場合、初回加算の対象になるか。

A 対象になります。

3 ケアマネジメントの報酬

よくある質問

○委託連携加算

Q 利用者が転居をして、担当の地域包括支援センターが変更となったが、利用者の希望により、転居前と同じ居宅介護支援事業所に委託することとなった。その場合、委託連携加算の対象になるか。

A 対象になります。

3 ケアマネジメントの報酬

よくある質問

○給付管理票に記載しない総合事業のサービスのみを利用

Q 総合事業の限度対象外のサービスのみを利用している場合、給付管理票は作成するのか？

A 作成しません。

4 居宅介護支援事業所への委託

- 委託の範囲は、15項目の業務のうち以下の11項目です。
- ① 利用申込みの受付
- ② 地域包括支援センター設置者と利用者との契約締結
- ④ アセスメント
- ⑤ 介護予防サービス・支援計画原案の作成
- ⑥ サービス担当者会議の開催
- ⑧ 介護予防サービス・支援計画書の交付
- ⑨ サービスの提供
- ⑩ モニタリング
- ⑪ 評価
- ⑬ 給付管理業務
- ⑮ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所との連携に係る業務

4 居宅介護支援事業所への委託

- 15項目の業務のうち以下の4項目は、地域包括支援センターが実施します。
- ③ 契約書の確認（委託不可）
- ⑦ 介護予防サービス・支援計画書案の決定（委託不可）
- ⑫ 評価及び介護予防サービス・支援計画書変更案の確認（委託不可）
- ⑭ 介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の請求、
給付管理票の神奈川県国民健康保険団体連合会への送付（委託不可）



5 委託の届出

- **委託届出書等の書類提出が必要なとき**
 - ① **新規で介護予防支援業務又は
介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合**
 - ② **既に契約している委託内容
(事業所名称、事業所番号、所在地等) を変更する場合**

5 委託の届出

○提出書類

- 書類送付票
- 指定介護予防支援委託（変更）届出書
- 指定介護予防支援委託事業所一覧
- 代理受領委任状

(様式第1号) 代理受領委任状

横浜市健康福祉局 高齢在宅支援課

〒220-8501 横浜市西区南幸1-1-1

電話 045-670-2222

FAX 045-670-2223

下記受領書をもって内容を確認し、委託期間の満了前までに、委託書の内容に異議を述べることをもって

※太い枠線の中を記入してください。

指定介護予防支援委託事業所一覧

受付番号

指定介護予防支援事業所名	
法人名	
事業所番号	

第15号様式(第17条)

届出番号 現在

指定介護予防支援委託(変更)届出書

年 月 日 頁数

(届出先) 横浜市 市長

(届出先) 指定介護予防支援の一覧

事業所番号	受託事業所の名
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

(注) 1 届出に当たっては事業所の所在地及び 2 届け出た内容に変更

【委託する内容】
1 利用申込の受付
2 地域包括支援
3 アセスメント
4 介護予防サービス
5 サービス担当

書類送付票

横浜市健康福祉局 高齢在宅支援課 行

提出日 年 月 日

事業所番号

指定介護予防支援事業所名

担当者名

連絡先 (電話)

(Eメール)

提出日 年 月 日

指定介護予防支援業務の委託について、次の書類を提出します。

件名	提出書類		
	提出するものに ○してください	指定介護予防支援 委託(変更)届出書 ※枚数を記入	指定介護予防支援 委託事業所一覧 ※ファイルを更新してください。 ※枚数を記入
新規委託	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚
委託内容等の変更	×	○	×
委託内容	×	○	×
事業所の名称	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚	×
事業所番号	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚
事業所の所在地	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚	×
委託期間	×	○ <input style="width: 50px;" type="text"/> 枚	×

5 委託の届出

	新規	委託内容の変更	
		事業所番号	委託内容・ 名称・所在地
書類送付票	必要	必要	必要
指定介護予防支援委託（変更） 届出書	必要	必要	必要
指定介護予防支援委託事業所一 覧	必要	必要	必要
代理受領委任状（※県内のみ）	必要	必要	不要



5 委託の届出

よくある誤り

- ◇神奈川県外の居宅介護支援事業所の書類に代理受領委任状が添付されている
- ◇指定介護予防支援委託事業所一覧の添付漏れ
- ◇記載内容の誤り

6 参考

健康福祉局ウェブサイト

○計画様式、委託の届出、加算、業務委託の流れなどが掲載されています。

トップページ>事業者向け情報>分野別メニュー>福祉・介護>

高齢者福祉・介護>事業者指定・委託等の手続き>地域密着型サービス関連>

変更届・運営に関する情報等>介護予防支援（地域包括支援センター）

URL : https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/kaigo-yobou.html



ご清聴ありがとうございました。