

【ケアプラン作成者向け】

通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業同時実施マニュアル

令和8年6月作成

1 目的

訪問型介護予防事業（以下、「訪問C」という。）として、通所型介護予防事業（以下、「通所C」という。）の利用者宅を市の保健師または看護師が訪問し、通所Cのプログラムやケアプランの見直しに活用できるようケアプラン作成者とサービス事業者に情報提供するとともに、通所C終了後も利用者の主体的なセルフケアの定着と社会参加の促進を図るため、利用者のセルフケアの状況に合わせた助言・指導を行い、通所C終了後も介護予防を継続できるように支援する。

2 対象者

通所C利用者（事業対象者または要支援者1、2）

※令和7年4月30日付け「通所型介護予防事業利用促進について（通知）」も参照すること。

（掲載内容）ケアマネジメントB導入

事業対象者の特例確認について

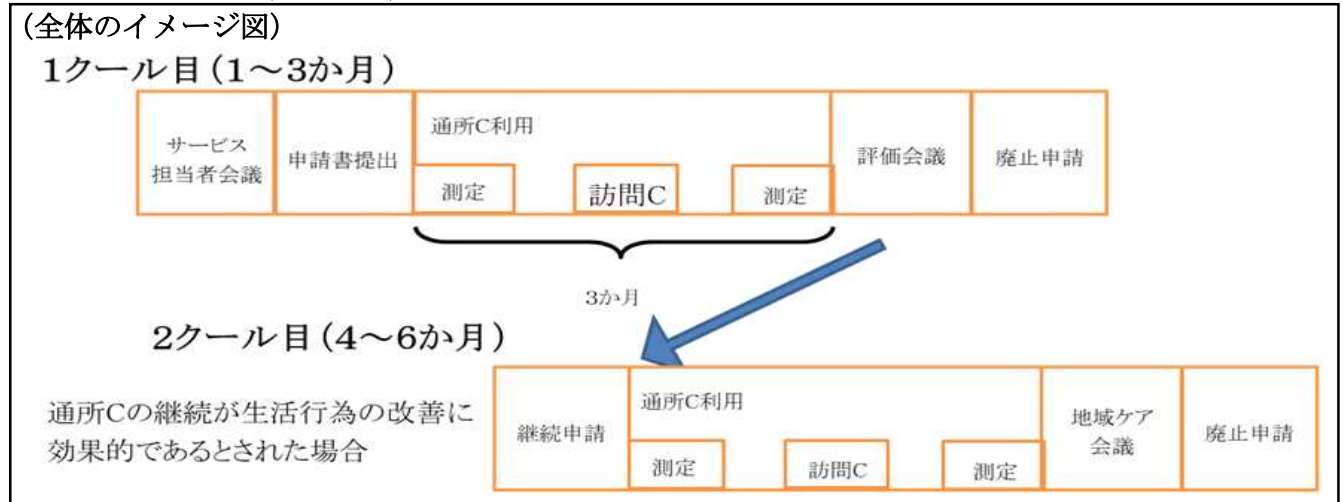
通所Cの利用が適切でない状態像 など

※通所Cとリハビリテーション専門職による介護予防ケアマネジメント支援（以下、「リハ職による支援」という。）を同時に利用する場合は、訪問Cの同時利用を必須としない。なお、利用者の主体的なセルフケアの定着にとって、「リハ職による支援」と訪問Cの同時利用のどちらが効果的かを考慮し、選択すること。

※通所C単独利用については、3実施の流れ(8)を参照すること。

※リハ職による支援については、「リハビリテーション専門職による介護予防ケアマネジメント支援事務手順」を参照のこと。

3 実施の流れ（別紙1）



(1) 介護予防ケアマネジメント作成

ア サービス担当者会議まで

- (ア) ケアプラン作成者は、いきいき手帳（秋田市介護予防手帳）（※1）を活用し、介護予防の概念や通所Cの利用について説明した上で、目指す姿を話し合い、アセスメントを行う。
- (イ) ケアプラン作成者は通所C利用者に、通所・訪問Cの内容について説明する（必要に応じてチラシ：ホームページID 1015991よりダウンロードして活用する）。
- (ウ) ケアプラン作成者は、サービス利用者とサービス事業者、長寿福祉課に対し、サービス担当者会議の調整を行う。なお、サービス担当者会議終了後、利用開始まで1週間以上期間を設けること。
- (エ) ケアプラン作成者は、利用者基本情報を作成し、事前に関係者に共有する。
- (オ) ケアプラン作成者は、ケアプラン（※2）をサービス担当者会議までに作成する。特に以下の観点についてケアプランに反映されているか確認すること。
（目標についての留意点は※3）
 - 目標は3か月で達成が見込める適切なものか
 - 目標は具体的な数値が入っているなど評価しやすいものになっているか
 - 本人の生きがいや役割、「こうなりたい」という姿が反映されているか
 - 特定の項目だけでなく、対象者の全体をアセスメントしているか
 - 通所Cで運動プログラムのみを実施し、かつ訪問Cで栄養や口腔に関する動機付け支援を位置づける場合、実施の必要性をアセスメントしたうえで、ケアプランに記載されているか
- (カ) 長寿福祉課は、「目標達成カレンダー（※4）」を準備する。

イ サービス担当者会議

- (ア) ケアプラン作成者は、出席者を確認する。（※5）
- (イ) サービス担当者会議では、以下の内容を出席者と検討、共有する。
 - ・3か月後のサービス利用終了後の生活を見据えた目標
 - ・目標達成のための支援方法
 - ・サービス利用終了後のつなぎ先（通いの場等）
- (ウ) 長寿福祉課は、利用者に目標達成カレンダーを配付し、使用方法を説明する。（もしくは、通所C初回時に12週分を配布する。）

(2) 利用申請

ア ケアプラン作成者は、申請書類を長寿福祉課に提出する。

- ・在宅サービス利用申請書
 - 本人のサインの漏れはないか
 - 日付は通所C、訪問Cの開始日前か
- ・在宅サービス専用台帳（記載例：別紙2）
 - 利用者氏名・生年月日が記載されているか
 - 申請区分・開始日が記載されている、かつ、通所Cと訪問Cの開始日は同日か
 - 事業所名・委託事業者・利用曜日・利用時間・サービス内容（実施プログラム）の記載がされているか
 - 申請理由の記載がされているか
 - 日付（提出日）・ケアプラン作成者・担当者名の記載がされているか

・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）の写し
(記載例：別紙3)

□作成日や同意日は通所C開始前か

□サービス種別に、「通所C（訪問C）」または「通所型（訪問型）介護予防事業」が記載されているか

・利用者基本情報

イ 長寿福祉課は申請書類を受けて、利用決定通知を発送する。

送付対象：利用者、地域包括支援センター、通所C事業所

(委託の場合：居宅介護支援事業所)

(3) サービス（事業）開始

ア 通所C（3か月間）

(ア) サービス事業者は目標達成に向けて、通所Cのプログラムを実施する。

(イ) 利用者の体調等に変化が生じた場合は、必要に応じてケアプラン作成者、サービス事業者、長寿福祉課間において情報共有をする。

(ウ) 長寿福祉課は、必要に応じて通所C初回時に見学に行き、利用者がサービス事業者からどのような指導がされているのか等を確認する。

(エ) 長寿福祉課は、通所C初回終了後、利用者に電話で自宅での取り組み状況の確認をする。

イ 訪問C

(3か月間※訪問は原則1回。利用者の状況によっては、この限りではない。)

(ア) 長寿福祉課は、利用者と訪問日程を調整した後、訪問日をケアプラン作成者に伝える。

(イ) 訪問内容

- ・本人に対するヒアリングや目標達成カレンダーの利用状況により、セルフケアの取り組みを確認・評価する。
- ・日常生活の課題が解決に向かっているか、また新たな課題がないかを確認する。
- ・目標達成に向けて実践していることを確認し、改善点等を指導する。
- ・必要に応じて、家族からヒアリングを実施する。
- ・訪問C等で把握した内容について関係機関への情報提供を行う。
- ・(利用者の状態に応じて) 栄養、口腔分野の知識普及、動機づけ支援を実施する。

:いきいき手帳掲載の内容についての解説、動機づけ支援（「機能の衰えが見られてきているが、まず基礎的な知識を持ってもらいたい」「意識を持ってもらうきっかけを作りたい」など）に限る。

※専門的な指導を行うものではない。専門的な指導を必要とする場合は、通所C事業所選択時に実施可能な事業所を選択するか、医療機関の受診等を検討すること。

※原則、ケアマネの同席は不要。

(ウ) 長寿福祉課は、訪問で把握した内容や新たな課題、指導等について整理し、ケアプラン作成者等に情報提供をする。

※口頭で情報提供を行うほか、訪問実施記録を、郵送で提供する。(地域包括支援センターが利用するケアマネジメントシステム(WINCARE)の介護記録に入力する。)

※必要に応じてサービス事業者に対して口頭で情報提供を行う。

(4) 評価（3か月終了後）

- ア ケアプラン作成者は、出席者を確認する。（※5）
- イ 会議の場では、以下の点を共有、検討する。
 - ・目標が達成されたかどうか、達成されない場合その原因
 - ・サービス終了後のつなぎ先（通いの場、介護サービス等）を考慮した継続支援やフォローアップ指導（※6）の実施の必要性
 - ・目標未達成の場合は、その原因をふまえた支援策

(5) ※サービス継続の場合

- ア ケアプラン作成者は、以下の申請書類を長寿福祉課に提出する。
 - ・在宅サービス専用台帳
 - 利用者氏名・生年月日が記載されているか
 - 通所Cと訪問Cの「変更」に✓が入っているか
 - 日付は空欄になっているか。
 - 事業所名・委託事業者・利用曜日・利用時間・サービス内容（実施プログラム）の記載がされているか
 - 申請理由の記載がされているか
 - 日付（提出日）・ケアプラン作成者・担当者名の記載がされているか
 - ・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
- イ 長寿福祉課は申請書類を受けて、利用決定通知を発送する。
- ウ 利用の流れは「(3)サービス(事業)開始」と同様。

(6) ※地域ケア会議（6か月終了後）

- ア ケアプラン作成者は、地域包括支援センターと連絡をとり、地域ケア会議の実施日等を調整する。
- イ 地域包括支援センターは、出席者を確認する。（※5）必要に応じて、アセスメントシート（※7）を活用し、会議資料とする。
- ウ 会議の場では、目標の達成状況を共有し、利用者の今後の支援について検討する。（※8）
- エ 地域包括支援センターは、地域ケア会議終了後、長寿福祉課に地域ケア会議の記録（地域ケア会議実践マニュアル 様式 5-3）を開催した翌月5日までに長寿福祉課に提出する。

(7) 廃止申請

- ケアプラン作成者は、以下の申請書類を長寿福祉課に提出する。
 - ・在宅サービス専用台帳
 - 通所Cと訪問Cの「廃止」に✓が入っているか。
 - 日付は空欄になっているか。
 - ・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

(8) 通所C単独利用の場合

原則通所C、訪問Cの同時利用とする。ただし、「リハ職による支援」を実施した場合、同時利用は必須としない。なお、訪問Cで実施することは(3)イ(イ)のとおりであるため、利用者の主体的なセルフケアの定着に、「リハ職による支援」と訪問Cの同時利用のどちらが効果的かを考慮し、選択すること。

- ・通所C利用の流れは(1)～(7) ((1)イ(ウ)、(3)イを除く)に準じる。
(会議等の参加者は※9参照)
- ・目標は3か月後達成可能なものになっているかをリハ職と確認すること。

4 留意事項

- (1) 地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者としてアセスメント業務や介護予防サービス計画の作成業務等を委託する場合は、以下の点に留意すること。
- ・委託先の指定居宅介護支援事業者が介護予防サービス計画を作成する場合は、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認を行う
 - ・委託先の指定居宅介護支援事業者が評価を行った場合には、当該評価の内容について確認を行う。(参考：厚生労働省「地域包括支援センターの設置運営について」より)

(2) ※について

(※1) いきいき手帳（秋田市介護予防手帳）について

- ・詳細は「いきいき手帳（秋田市介護予防手帳）支援者用手引き」を参照。
(手引きのデータ提供については、長寿福祉課に問い合わせること)
- ・通所C利用者に限らず、要支援者の相談時に活用してかまわない。
- ・通所C利用時には、効果測定の結果を事業所が記入する。
- ・通所C利用終了後のセルフケア実施記録として活用することが望ましい。

(※2) ケアプラン（類型）について

以下の類型で実施。サービスに応じたケアプランを作成する。

	ケアマネジメントB	ケアマネジメントA	介護予防支援
対象	通所C・訪問Cのみ	通所C・訪問Cの他、 総合事業を利用する (通所C・訪問Cのみ)	通所C・訪問Cの他、 予防給付を利用する
簡略化	あり	なし	
目標	3か月後の目標のみ	<ul style="list-style-type: none"> ・目標となる生活：1日、1年 ・目標（3か月後の目標を記載すること） 	
請求	介護予防ケアマネジメント費（国保連）		介護予防支援費（国保連）

※請求にかかる詳細は介護予防ケアマネジメントマニュアルを参照

(※3) ケアプランに記載する目標について

目標を立案する際には、以下の点を考慮する。

【長期目標】

- ・解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。
- ・達成可能となる目標と期間の設定になっている。
- ・誤った目標設定（支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等）になっていない。

【短期目標】

- ・長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- ・サービス提供事業者が作成する担当者の個別サービス計画を立てる際の指標になっている。
- ・抽象的な目標設定になっていない。

参考：平成 20 年 7 月 18 日 厚生労働省「ケアプラン点検支援マニュアル」（P14）

参考：ケアプランに記載する目標について

目標としてふさわしくない例	ふさわしくない理由	改善案
<ul style="list-style-type: none"> ・下肢筋力を改善し、掃除機がけができるようになる。 ・体力が改善し、外出できるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・目標が2つになっている。 ・外出先が不明確である。 ・外出できるようにする方法は、体力の回復以外にも沢山ある。 ・利用者が使用していない言葉（例：下肢筋力）を使っている。 ・掃除機がけの範囲が不明確である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自室の掃除が週に2回できるようになる。（フィルター掃除は含まない。） ・毎日、自宅近所のAというコンビニで日用品数点を買に行けるようになる。
<ul style="list-style-type: none"> ・掃除機がけを通して、体力の向上を図る。 ・編み物を通して、他者とのコミュニケーション能力改善を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主たる目標が生活行為ではない。生活行為を「手段」に、心身機能や基本的活動能力の向上を図ろうとしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・できるようになりたい生活行為の絞り込みを再度行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・電車やバスに乗れるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・目標達成の幅が大幅に広がってしまい、達成したのかしていないのか不明確になっている。 ・電車とバスの利用は別物であり、分けて検討する必要がある。 ・頻度や時間が不明確である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・混雑していない午前中に、ひとりでA駅からB駅まで、電車で往復し自宅に戻ることができる。
<ul style="list-style-type: none"> ・整容を自立して行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の言葉で記載されていない。（例：自立） 	<ul style="list-style-type: none"> ・近所に出かけるための身支度を、家族から最低限の援助を受けてできるようになる。
<ul style="list-style-type: none"> ・近所のコンビニエンスストアに行けるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・頻度や時間が不明確である。毎日通うのと週に1回通うのでは、買う品数も変わるため、それにより運ぶ技能が影響を受けるかもしれない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、自宅近所のAというコンビニで日用品数点を買に行けるようになる。
<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスに通えるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域資源を活用すべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> ・週に1回、午前中は図書館に通えるようになる。

参考：平成 28 年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における効果的な IADL 改善プログラムの開発に関する研究事業」報告 総合事業における効果的な IADL 改善プログラム実践マニュアル（P45）

(※4) 目標達成カレンダーについて

生活上の目標を本人が常に意識し、目標の達成に向けて具体的に取るよう、利用者に配付し、利用者自らが記入するもの。事業所では、毎回内容をチェックし、個別指導に役立てる。訪問Cの際には、セルフケアの取組を確認、評価するために使用する。

※いきいき手帳と目標達成カレンダーの使い分けについて (参考)

時期	相談時	通所C	訪問C	卒業後
手帳 /カレンダー	・手帳	・カレンダー	・手帳 ・カレンダー	・手帳
指導者	ケアマネジャー	通所C事業者	長寿福祉課	—
利用意図	・介護予防についての説明 (チェックリストの実施)	セルフケアの実施状況の確認・指導	・対象に合わせた手帳のコラム説明 ・セルフケアの実施状況の確認・指導	・セルフケアの取組を記録 ・コラムの読み込み、実践

(※5) 通所Cに関する各会議の参加者について (○：必須、△：出席可能)

	サービス 担当者会議	評価会議 ※3か月終了後	地域ケア会議 ※6か月終了後	備考
本人	○	△	△	
家族	△	△	△	
ケアプラン作成者	○	○	○	
通所C事業者	○	○	○	
訪問C担当者	○	○	○	
地域包括支援 センター	—	—	○	
他事業者 (ヘルパー、 福祉用具等)	○	△	○	他サービス 利用の場合

※地域ケア会議には、主催者の判断により表に示されている以外の方が参加することも想定される。

(※6) フォローアップ指導について

目的：利用者宅へ訪問し、事業終了後のセルフケアの実施状況の確認と指導を行い、引き続きセルフケアに取り組むことを支援する。

対象：通所C卒業者（介護保険サービスに移行したものは除く）

実施期間：廃止日の翌日から起算して30日から90日を経過するまでの間に1回

※通所C事業の一環のため、全事業所で実施可能。

(※7) アセスメントシートについて

別紙4参照

(※8) 地域ケア会議での自立支援に向けたケース検討のポイントについて

- (1) 共感的な見方での評価：当事者の心理、心模様を共感的に理解する形で生活の状況と介護の状況の評価する。専門職の価値ではなく、サービスや具体的なケアを想定せずに、当事者が生活をしていくための支援について考える。
- (2) 専門的な立場での評価：共感的な見方ののちに、ギアを入れ替えて、専門職の立場から見たその状態を、仮説的にみる。
- (3) 現在の状況において、支援が入らないとどのような日常生活になるのか、予測する。
- (4) 利用者にとって自立とはどのような意味をもっているのか、どのようなタイミングでどのようなアドバイスをすると今よりも自立した暮らしになるのかを考える。
- (5) 新たに利用者の目標を設定する際は、その達成のために最適かつ具体的な短期目標を設定することや、短期目標の達成のための効果的なサービスを設定する。

参考

2019年開催 自立支援型地域ケア会議推進事業研修 多職種編について（第2版）資料

(※9) 通所C単独利用時の会議の参加者について (○：必須、△：出席可能)

	サービス 担当者会議	評価会議 ※3か月終了後	地域ケア会議 ※6か月終了後	備考
本人	○	△	△	
家族	△	△	△	
ケアプラン作成者	○	○	○	
通所C事業者	○	○	○	
長寿福祉課担当者	△ (※10)	△ (※11)	○	
地域包括支援 センター	—	—	○	
リハビリテーション 専門職	△	—	—	
他事業者 (ヘルパー、 福祉用具等)	○	△	○	他サービス 利用の場合

(※10) 長寿福祉課担当者がサービス担当者会議に出席しない場合について

- ・目標達成カレンダーを長寿福祉課がケアプラン作成者にサービス担当者会議前に配布する。ケアプラン作成者は活用方法について、利用者に説明する。
- ・ケアプラン作成者は利用者に通所C利用日にいきいき手帳も持参することを伝えること(測定記録の記載をするため)。

【目標達成カレンダーの主な説明内容】

- ・サービス担当者会議で確定した目標を表紙に記載する。
- ・本人にセルフケアの実施状況について記載してもらったものを通所C利用日に毎回持参してもらう

(※11) 長寿福祉課担当者が評価会議に出席しない場合について

- ・会議実施前に、長寿福祉課と卒業後の方針(卒業・継続・サービスへの移行など)について意見交換を行うこと。

作成：令和 3年 7月
 一部修正：令和 4年 7月
 一部修正：令和 8年 6月