

通所型介護予防事業の利用促進について
(事業対象者の特例確認とケアマネジメントBの設定等について)
【令和7年4月30日発出通知一部更新】

1 背景

- 本市における要支援者の一年後の重度化率は、全国平均より高く、要支援者の重度化防止への対応が重要となっている。
- 通所型介護予防事業（以下、「通所C」という。）は、市民ひとりが自分らしく暮らし続けられるために、要支援状態であっても生活行為の改善を図る取組として位置づけられている。
- そのため本市では、通所Cの利用促進のため、令和7年度から迅速なサービス提供が可能となるよう「事業対象者の特例確認」とケアマネジメント業務の負担軽減を図るため「ケアマネジメントB」を設定するとともに、通所C利用該当者の徹底や適切なサービス・活動につなげるため「総合事業等に関する相談受付票」を導入する。（令和7年1月28、29日に実施した「通所Cを中心とした介護予防に関する研修会」で説明済み）

2 令和7年度からの変更点

(1) 事業対象者の特例確認について

支援が必要な方に迅速なサービス提供を可能とするため、通所Cおよび訪問型介護予防事業（以下「訪問C」という。）の短期集中型サービスの利用希望者に限り、基本チェックリストを行い、事業対象者基準に該当した場合は、秋田市介護認定審査会を省略するものとする。

適用事由	以下のすべての要件に該当すること。 <ul style="list-style-type: none">通所C単独、訪問C単独、またはその併用（以下「短期集中型サービス」という。）利用予定者基本チェックリスト該当者認知機能の低下、がん末期、精神疾患を有さない
有効期間	6か月
流れ	適用事由に該当した場合、簡略化した介護予防ケアマネジメント計画（以下「簡略化したケアプラン」という。）を通所C事業者や利用者等と共有した後、 <u>市に事業対象者と短期集中型サービスの利用を同時に申請する。</u>
申請時の必要書類	【事業対象者認定のために必要な書類】 <ul style="list-style-type: none">秋田市介護予防・生活支援サービス事業対象者確認申請書(様式第1号(第5条関係))基本チェックリスト介護保険被保険者証（または、介護保険被保険者証等再交付申請書）介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書 ※いずれの書類もサービス担当者会議より <u>前</u> の日付を記入すること 【短期集中型サービス利用のために必要】 <ul style="list-style-type: none">在宅サービス利用申請書在宅サービス専用台帳簡略化したケアプラン基本情報

その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下の場合、介護認定申請（非該当）を必要とする。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 短期集中型サービス以外のサービスを利用する。 ・ 短期集中型サービスの2クール目を利用する場合 <ul style="list-style-type: none"> ： 評価会議終了後に認定申請の手続きを行うこと。要介護認定の可能性がある場合は、認定結果が出てから2クール目の利用を開始する ・ 有効期間後、更新を希望する。 ・ 以下の内容について特例確認該当者に説明し、同意を得ること。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 短期集中型サービスは3か月の利用で状態の改善を目指すことが原則であること ・ 特例確認の有効期間は6か月であり、短期集中型サービスの利用のみ可能であること。
-----	--

(2) ケアマネジメントBの設定について

地域包括支援センター等のケアマネジメント業務負担軽減のため、短期集中型サービスのみ利用者のケアマネジメントを簡略化する。なお、地域包括支援センター等は目標志向型の介護予防ケアマネジメントを効果的に実施するため、インテークやフォローアップを効果的に行うことに注力するものとする。

適用事由	短期集中型サービスのみ利用者
概要	アセスメント後、簡略化したケアプランを作成し、その内容を事業者と本人で共有した後、短期集中型サービスを利用。定期的な活動状況の把握や短期集中型サービス利用終了後のセルフケアの促しや地域活動等への参加支援等を行い、評価を実施する。
ケアプラン	<p>【記入必須項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者名 ・ 計画作成者氏名 ・ 計画作成者事業者・事務所名及び所在地（委託の場合） ・ 計画作成日 ・ 担当地域包括支援センター ・ アセスメント領域と現在の状況 ・ 本人・家族の意欲・意向、目標 ・ 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 ・ サービス種別 ・ 基本チェックリスト ・ 地域包括支援センター ・ 計画に関する同意 <p>【記入任意項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健康状態 ・ 事業者 ・ 実施期間
報酬単価	基本報酬、初回加算、委託連携加算、処遇改善加算 ※ケアマネジメントAと同額
請求方法	秋田県国保連合会に請求

(3) 通所C利用該当者の徹底

ア 通所C対象者（令和3年度から変更なし）

- ・デイサービスを希望する新規又は更新の申請があった事業対象者
- ・デイサービスを希望する新規要支援認定者
（要介護認定者の更新で要支援に変更になった者を含む。）
（要支援認定者の更新・区分変更を除く。）
- ・通所C利用希望者

イ 「総合事業等に関する相談受付票」の導入

総合相談時に適切に高齢者の課題を見出し、適切なサービス・活動につなげるため、積極的に活用すること。なお、提出は原則求めないが、市が地域包括支援センター等に対し、提出を求めた場合は協力すること。

(4) 従前相当サービス利用時の注意点について

- ・以下のアからオに示す通所Cの利用が適切でない状態像に当てはまる場合は、従前相当サービスを利用することとし、ケアプランの「サービス種別」欄に、アからオのうち当てはまるものを明記し、選択肢した詳細を記載すること。なお、ケアプランに通所Cの利用が適切でない状態の詳細を記載できない場合は、サービス担当者会議の記録に、その必要性を記載すること。
- ・ケアプラン等の提出は原則求めない。ただし、市が地域包括支援センター等に対し、必要に応じて提出を求めた場合は協力すること。

【通所Cの利用が適切でない状態像】

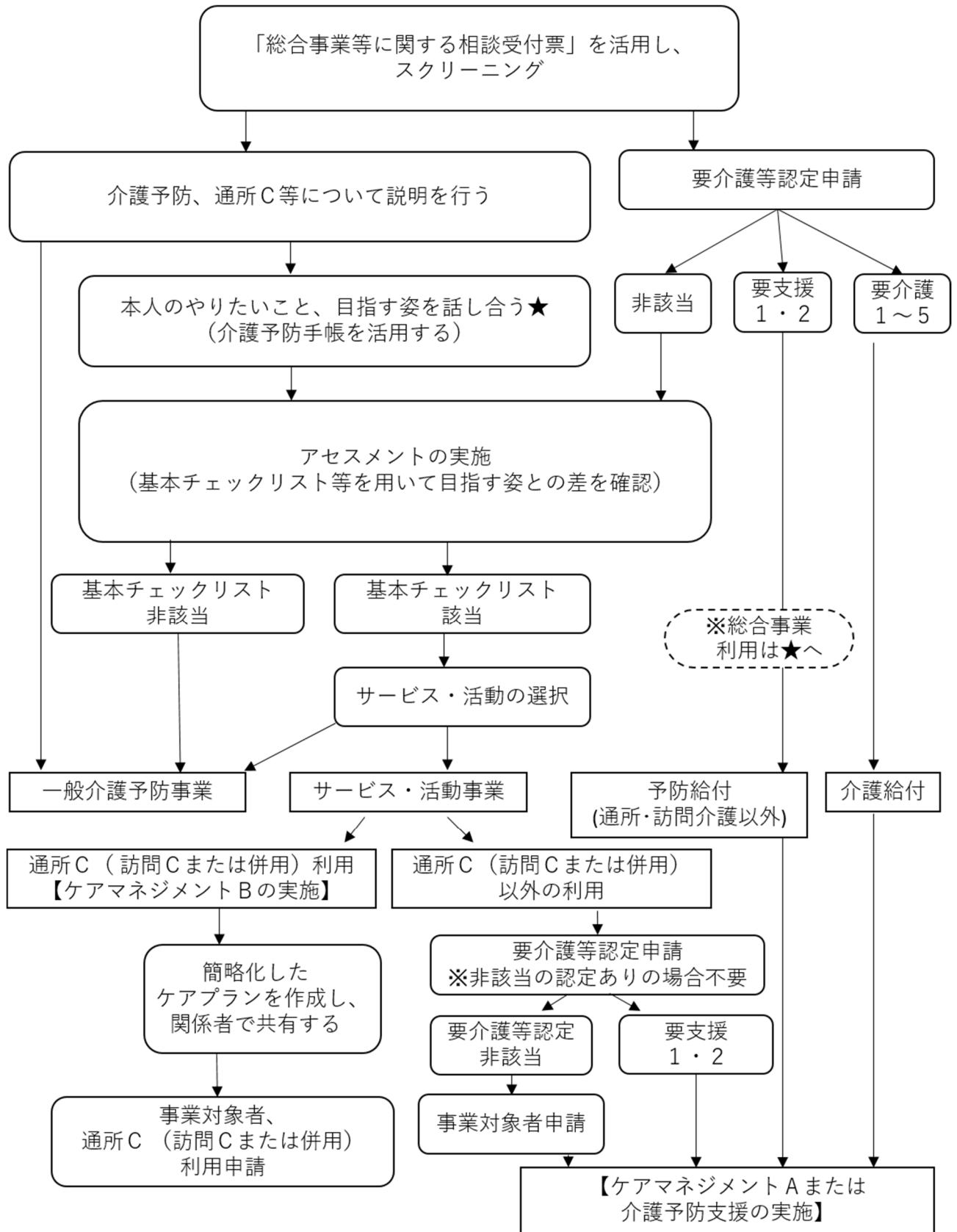
- ア がん末期
- イ 進行性の疾患（パーキンソン病、脊髄小脳変性症等）
- ウ 認知症（Ⅱa以上）
- エ 運動機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる
- オ 精神疾患等の疾病があり、環境の変化が症状等の悪化につながるおそれがある（目安：主治医意見書等により、疾病の記載が確認できる）

3 その他

- ・令和7年度に秋田市ケアマネジメントマニュアルを改訂しているため、参考とすること。
- ・市民への説明ツールとして、令和7年度に総合事業のリーフレットを作成しているため活用すること。
- ・リーフレットおよびいきいき手帳（秋田市介護予防手帳）の追加配布希望時には長寿福祉課に連絡すること。

4 様式やフロー等

(1) 事業対象者、サービス・活動利用等の流れ（フロー）



(2) ケアマネジメントBにおける簡略化したケアプラン（イメージ）

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）

No. _____
 利用者名 _____ 様（男・女） 歳 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：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）
 計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日） 年 月 日 担当地域包括支援センター： _____
 目標とする生活 _____

1日		1年										
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス、（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		□有 □無				※通所C利用期間（3か月間）の目標を記載する。	()					
日常生活（家庭生活）について		□有 □無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					()					
健康管理について		□有 □無					()					

健康状態について
 〇主治医意見書、観察結果、観察結果等を踏まえた留意点
 ※運動時の留意点等、該当する記載がある場合に記載する。

【本来自らうべき支援が実施できない場合】
 受当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント

【意見】 _____

【確認印】 _____

地域包括支援センター _____

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

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

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
／5	／2	／3	／2	／3	／5

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〇印をつけて下さい

予防給付または地域支援事業

※塗りつぶし以外は必須項目

(3) 総合事業等に関する相談受付票

総合事業等に関する相談受付票

相談受付者:

相談受付日: 令和 年 月 日

対象者	氏名		電話		生年月日 (年齢)	T・S 歳
	住所					
相談者	氏名		電話		続柄	本人 家族(続柄):
	住所					

※対象者と相談者が同一の場合は、相談者欄の記入は不要

項目	No	確認内容	チェック欄
困りごと	0	生活のどういったことに困っているのか。 【 誰が: 】 【 いつから: 】 【 困っている内容: 】	
	1	移動、外出に介助が必要である。(杖や歩行器を利用して歩行不可)	<input type="checkbox"/>
身心状態	2	排泄、着替え、入浴などの身の回りのことに介助が必要である。 (環境要因ではなく、身体的な状況でチェックをすること)	<input type="checkbox"/>
	3	認知症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)により、日常生活に支障がある。	<input type="checkbox"/>
希望するサービス	4	以下のサービスを利用したい。 訪問看護・通所リハビリ(デイケア)・ショートステイ・地域密着型サービス・住宅改修・福祉用具のレンタルまたは購入・施設入所(介護保険施設・特定施設)	<input type="checkbox"/>
	5	介護予防のため「通いの場」や「はつらつくらぶ」を利用したい。	<input type="checkbox"/>
	6	通所型介護予防事業(通所型サービス・活動C)、訪問型介護予防事業(訪問型サービス・活動C)を利用したい。	<input type="checkbox"/>
	7	上記のいずれにも該当しないが、訪問型(従前相当、サービス・活動A)あるいは通所型(従前相当)を利用したい。 【理由: 】	<input type="checkbox"/>

※No.7に該当する場合のみ、以下も確認する。

項目	No	確認内容	チェック欄
身心状態	8	公共交通機関等を利用して、または車を運転して一人で外出できる。	<input type="checkbox"/>
	9	内服管理・金銭管理は自分でできる。	<input type="checkbox"/>
	10	自分で電話番号を調べて、電話をかけることができる	<input type="checkbox"/>
日常生活	11	趣味活動や講座、サークル活動等に、概ね週1回以上参加している。	<input type="checkbox"/>
	12	運動ができる施設などに通っている。	<input type="checkbox"/>
その他			

【判断基準】

<ul style="list-style-type: none"> ・ No.1～4に該当 ・ No.7に該当かつ、No.8～13のいずれにも該当しない 	要介護等認定申請	
No.5に該当	基本チェックリスト実施対象外	「はつらつくらぶ」や「通いの場」等を紹介する。必要に応じて生活支援コーディネーターにつなぐこと。
<ul style="list-style-type: none"> ・ No.6に該当 ・ No.7に該当かつ、No.8～13のいずれかに該当 	基本チェックリスト実施対象	介護予防手帳を活用し、介護予防の概念や通所型介護予防サービス・活動Cの利用について説明した上で、目指す姿を話し合い、アセスメントの上、サービス・活動事業(通所C等)等の選択を行う。