

# 自立支援型介護予防事業について

小林市 長寿介護課

## 説明内容

### 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

#### (1) 市を取り巻く状況

#### (2) 自立支援型介護予防の取組

自立支援型介護予防ケアマネジメントと地域ケア自立支援会議

#### (3) 共生社会の実現に向けた認知症施策

#### (4) 生活支援体制整備事業の展開

### 2. 各種事業

#### (1) アセスメント支援事業（栄養改善、運動機能向上）

#### (2) 小林市短期集中予防サービス事業

①訪問型C 栄養改善

②通所型C 運動機能向上

③訪問型C 運動機能向上

#### (3) 送迎付き一般介護予防事業（元気わくわく教室）

#### (4) 専門職によるサポート

#### (5) フレイルリスク高齢者の早期介入訪問事業

#### (6) 自立支援型ケアマネジメント促進事業

#### (7) QOL（生活の質）向上事業

#### (8) その他 おしらせ

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

## (1) 市を取り巻く状況：小林市の人口推移と高齢化率

	2000年 (平成12年)	2020年 (令和2年)	2040年 (推計値)	2050年 (推計値)
総人口	51,697人	43,670人	33,706人	28,975人
高齢者人口 (65歳以上)	12,502人	16,228人	14,201人	12,969人
高齢化率	24.1%	37.1%	42.1%	44.8%

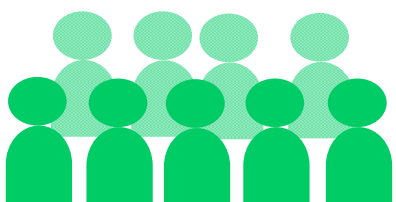
高齢者人口は減少に転じるものの、高齢化率は今後も上昇することが推測されています。

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

(1) 市を取り巻く状況：支え手にまわることができる元気高齢者の増加が必要です

## 支援の受け手（65歳以上）

1965年



9.1人で1人を支える  
「胴上げ型」

2012年



2.4人で1人を支える  
「騎馬戦型」

2040年



1.3人で1人を支える  
「肩車型」

介護予防

自立支援

生活支援

地域包括  
ケア

支援の受け手から、支える側へ！

## 支援の担い手（20歳～64歳）

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

(2) 自立支援型介護予防の取組：介護保険事業計画に基づいた推進体制

## 小林市高齢者保健福祉計画 第9期介護保険事業計画（令和6年度～8年度）

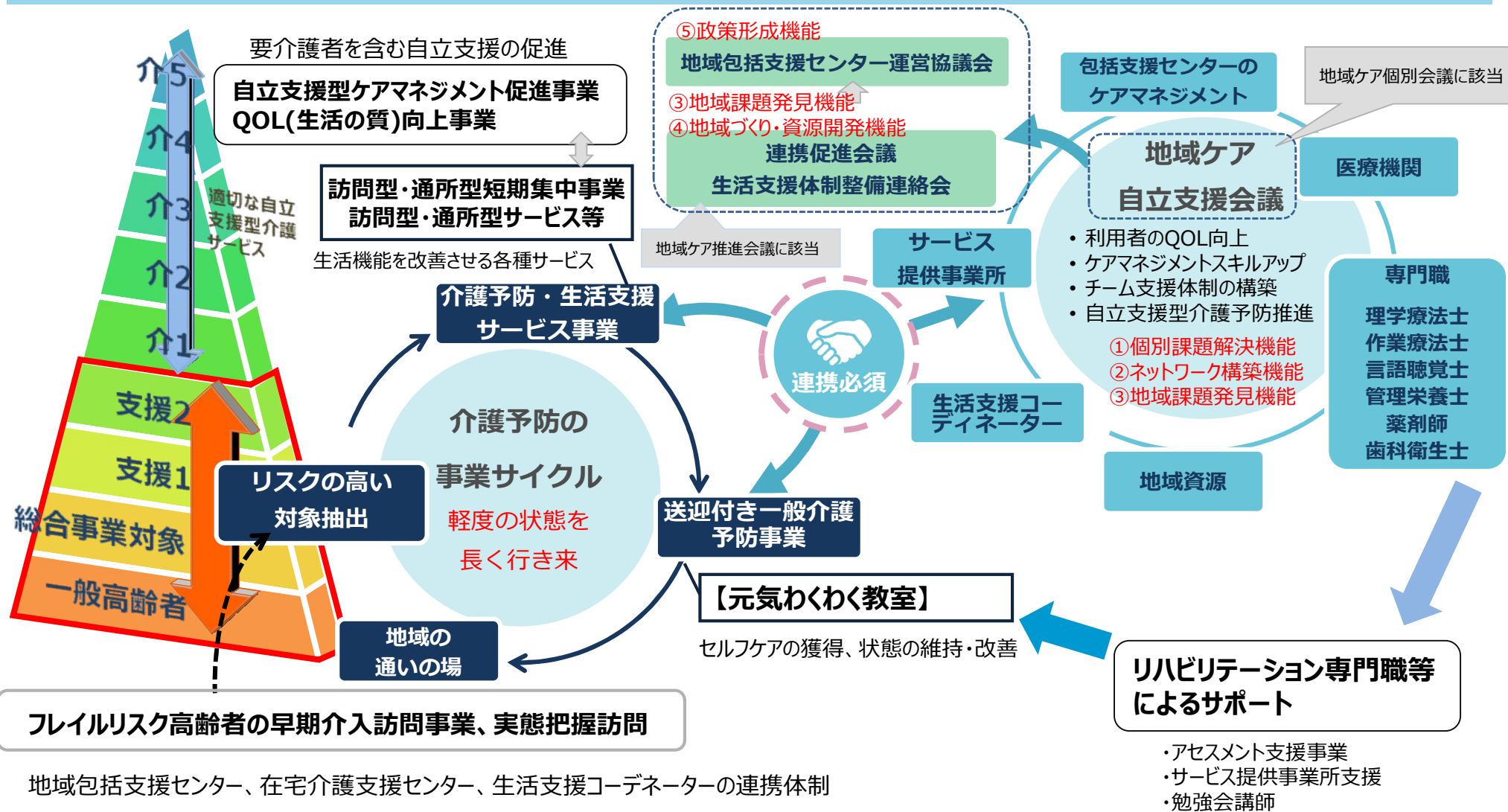
地域の力、みんなの力をプラスして  
だれもが「いきいきと」、「すこやかに」、「安心して」、  
自分らしく健幸に暮らせる“笑顔あふれる地域”へ  
～ 小林版地域包括ケアシステムの深化・推進 ～

### 重点施策目標

- (1) 人材確保・定着の取組強化
- (2) 自立支援及び重症化予防型の介護予防・健康づくりの推進
- (3) 総合的な認知症施策の推進
- (4) 多様な主体による地域包括ケア推進体制（地域づくり）の構築
- (5) 高齢者が活躍する社会づくり
- (6) 生活基盤の充実

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組みについて

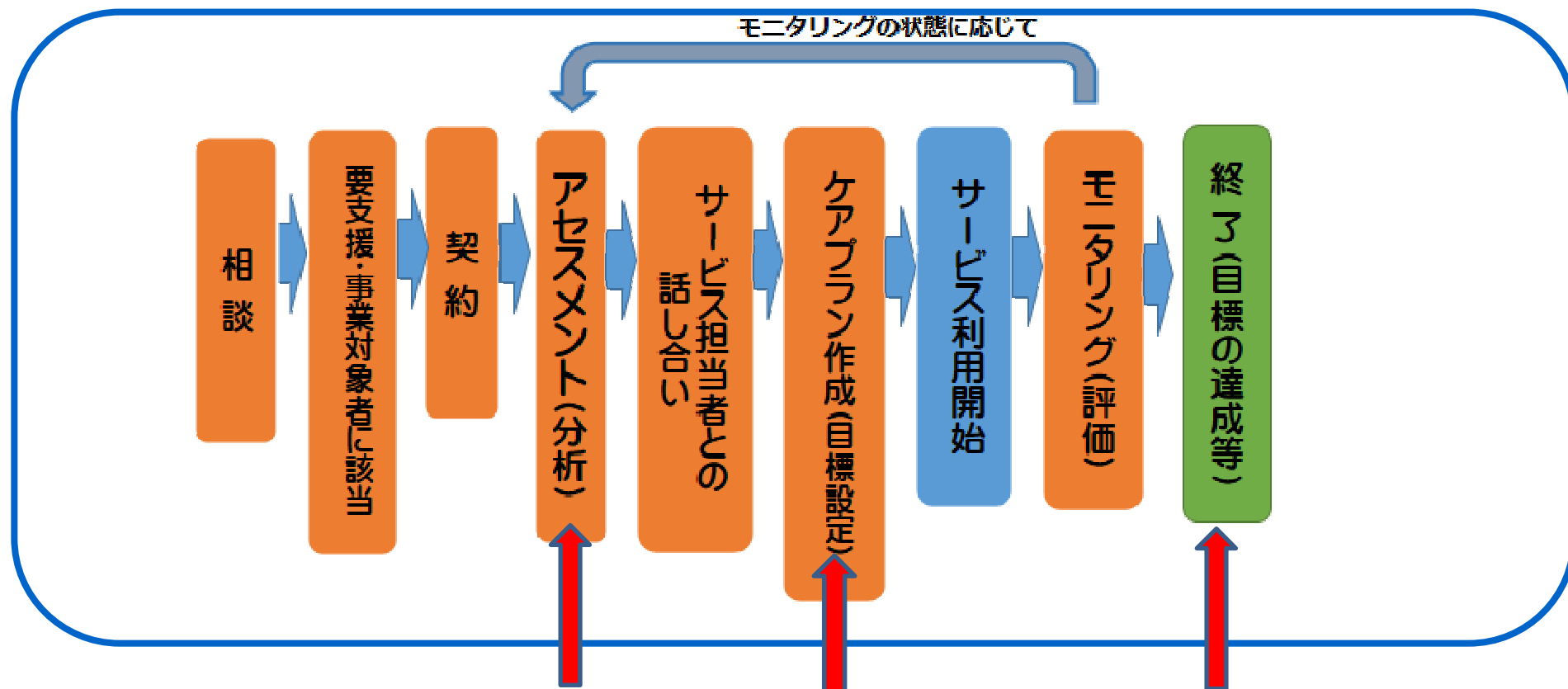
## (2) 自立支援型介護予防の取組：自立支援型介護予防の取組図



# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

## (2) 自立支援型介護予防の取組: 自立支援型ケアマネジメントの促進

利用者の自立支援に向け、小林市では要支援1、2、総合事業対象者に対し、市が作成したマニュアルと、統一様式を活用した自立支援型ケアマネジメントを実施しています。



市作成のマニュアル、統一様式を活用したアセスメント、プラン作成、評価  
参照：小林市自立支援型アセスメントマニュアル令和5年3月版

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

## (2) 自立支援型介護予防の取組: 地域ケア自立支援会議のこれまでと今後目指す姿

### 【地域ケア自立支援会議実績】

年度	回数	検討事例数	備考
令和元年度	19	34	保健師進行開始
2年度	8	12	オンライン会議へ移行
3年度	23	35	統一様式を実務に導入
4年度	20	30	短期集中予防サービス等構築
5年度	22	44	評価会議開始
6年度	18	26	包括による進行開始
7年度	14	26	居宅介護支援事業所の事例検討

地域包括支援センターが本来求められる4業務（総合相談支援事業、権利擁護、介護予防ケアマネジメント、包括的継続的ケアマネジメント）をバランス良く行い、居宅介護支援事業所や、関係機関との連携を強化しつつ、市内全域へ自立支援型介護予防の取組を拡大していくことを目指し、開催回数や事例提出者について見直しを図りました。

令和7年度は、地域包括支援センターのサポートのもと、居宅介護支援事業所の皆様の事例検討が実現しました。今後も更なる充実を目指します。

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

## (2) 自立支援型介護予防の取組：地域ケア会議 5 つの機能における役割分担

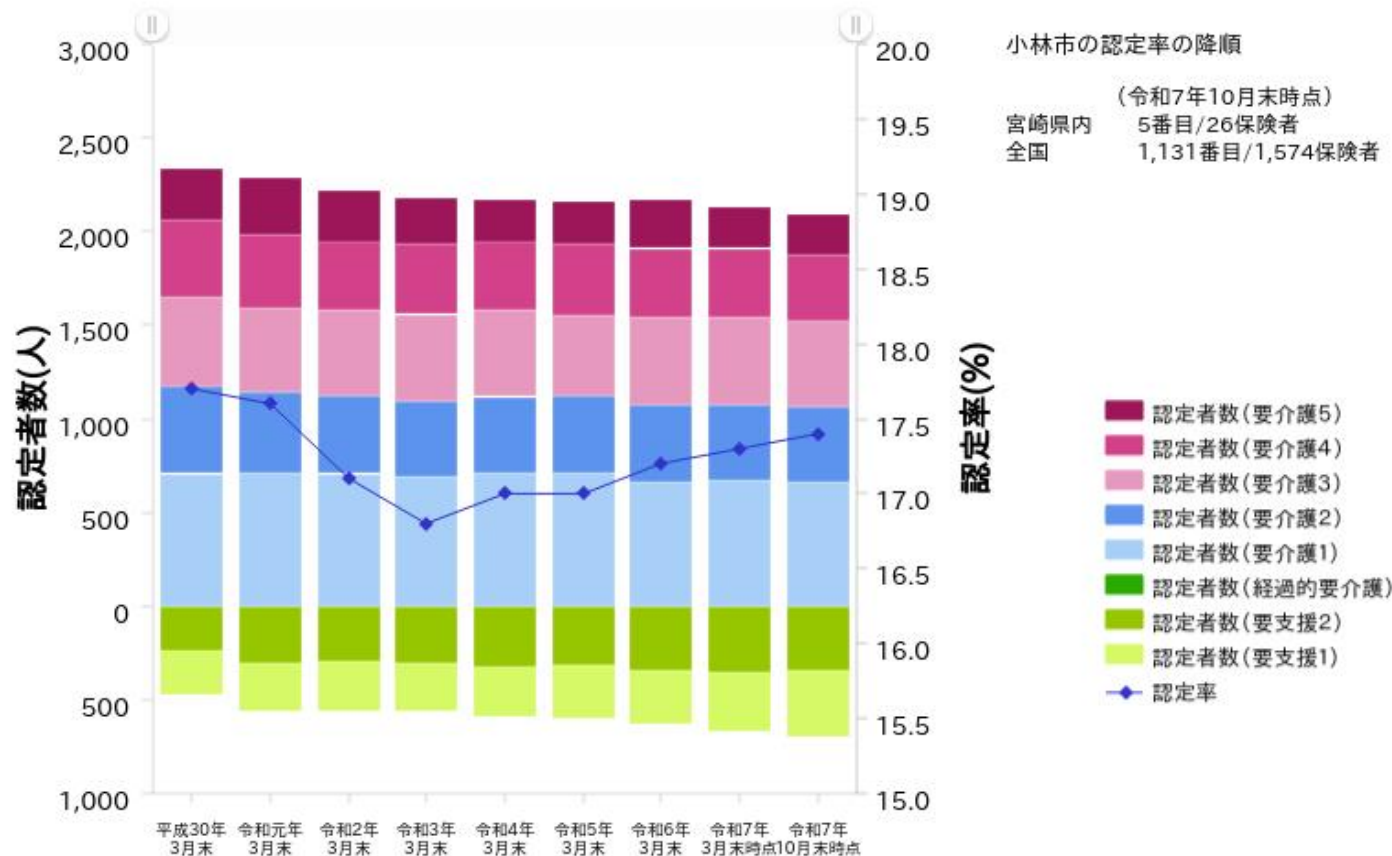
会議名	参加者	内容	5つの機能の役割分担
地域ケア自立支援会議 (月2回開催)	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 サービス提供事業所 その他支援機関 生活支援コーディネーター 長寿介護課	専門職6職種をアドバイザーとして、利用者の自立支援に資する適切な支援を協議・検討	個別課題解決機能 ネットワーク構築機能 地域課題発見機能
連携促進会議 (定例開催)	地域包括支援センター 生活支援コーディネーター 長寿介護課	各地域包括支援センターの事業計画に基づく取組や、地域ケア自立支援会議から抽出した課題の検討	地域課題発見機能 地域づくり・資源開発機能
生活支援体制整備 事業連絡会 (毎月開催)	1層生活支援コーディネーター 2層生活支援コーディネーター 地域包括支援センター 在宅介護支援センター等	ケア会議等から抽出した地域課題(主に移送や地域資源における課題)についての解決策を協議	地域課題発見機能 地域づくり・資源開発機能
地域包括支援センター 運営協議会 (年1回開催)	介護予防サービスに関する事業者 権利擁護にかかわる団体 保健、医療または福祉に関する学識経験者 介護保険の被保険者等	市の方針に基づく地域包括支援センターの運営、地域課題解決の取組についての共有、協議の場	政策形成機能

今後も変わらず、地域ケア自立支援会議を軸とした利用者の自立支援促進、支援チームのネットワーク強化、地域課題の抽出、解決策の構築、政策形成を行っていきます。ぜひ、会を傍聴いただき、情報共有の場とさせていただきます。

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

## (2) 自立支援型介護予防の取組：取組の効果

小林市の要介護(要支援)認定者数、要介護(要支援)認定率の推移



(出典)平成29年度から令和5年度:厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」、令和6年度:「介護保険事業状況報告(3月月報)」、令和7年度:直近の「介護保険事業状況報告(月報)」

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

## (3) 共生社会の実現に向けた認知症施策：認知症基本法に基づく取組

### 共生社会の実現を推進するための認知症基本法（2024年1月施行）

認知症の本人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、認知症本人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進。

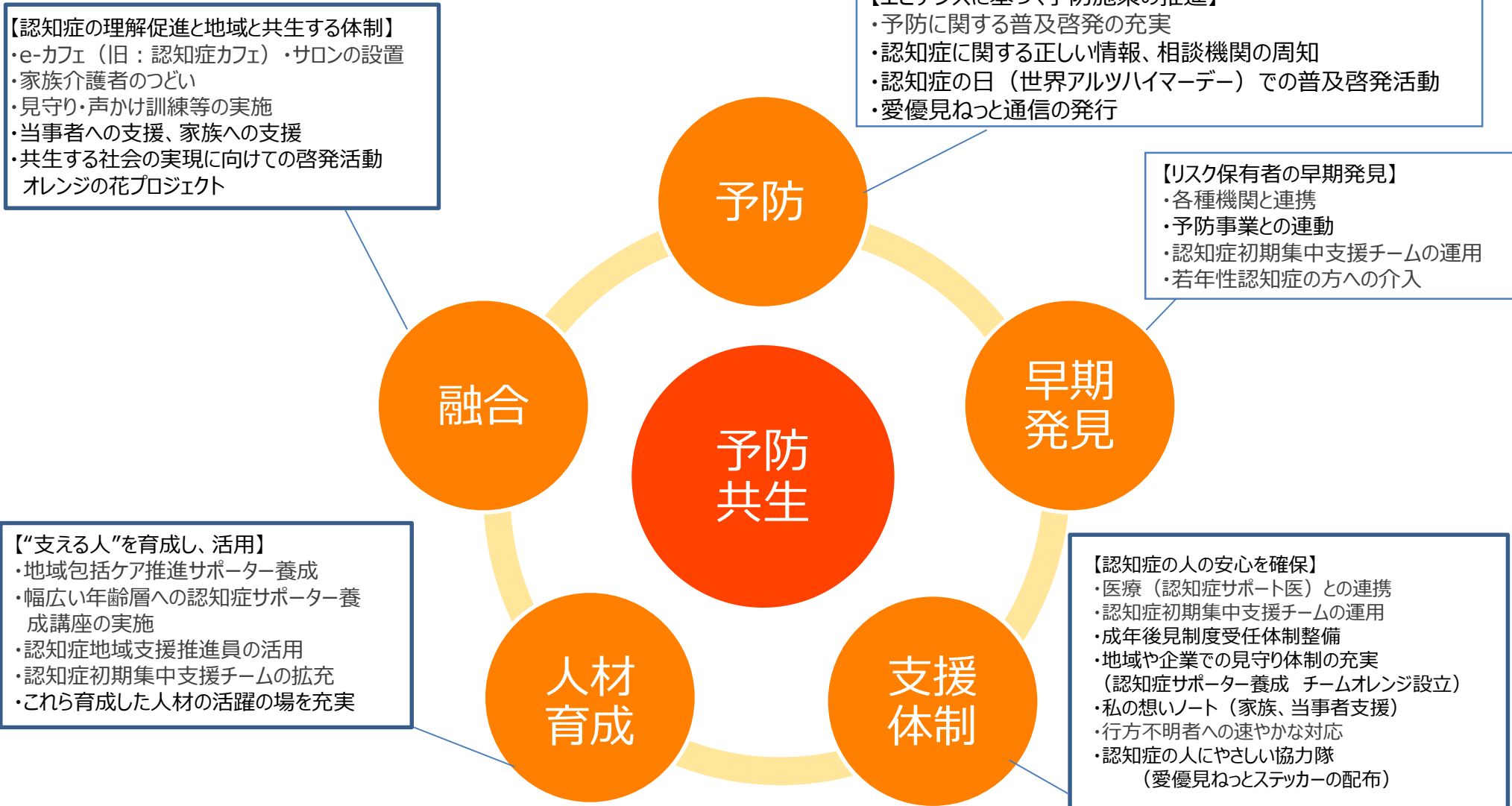
◆ **基本理念** 認知症施策は、認知症の本人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう①～⑦を基本理念として行う。

- ①すべての**認知症の本人**が**基本的人権を持つ個人**として、**自分の意思**で生活できること
- ②国民が認知症の**正しい知識**と認知症の本人に関する**正しい理解**を深めることができるようにすること
- ③日常生活・社会生活の中で**障壁を除去**することで、**自立した生活**や**意思表示・社会参画**の機会が確保されること
- ④認知症の本人の**意向を十分に尊重**し、**良質で適切**な切れ目のないサービスが提供されること
- ⑤適切な支援により、認知症の本人及び家族等が**地域**において、**安心した日常生活**を営むことができること
- ⑥**共生社会**の実現に資する**研究等**を推進すること
- ⑦教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他**各関連分野**における**総合的な取組**を行うこと

「新しい認知症観」に立ち、本人参画で共生社会の実現を図ります。

# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

## (3) 共生社会の実現に向けた認知症施策：本人や家族が安心して生活できるまちづくり



# 1. 市を取り巻く状況と市の取組について

## (4) 生活支援体制整備事業の展開：細やかなサポート体制の構築

公助、共助での対応策が難しい地域課題については、生活支援コーディネーターが地域をまわり、課題の発見やアイデアの提案等を行います。

市に1名委託

### 第1層生活支援コーディネーター

2層生活支援コーディネーターが拾い上げた課題を関係機関と連携し、解決へとつなげていきます。

現在市に4名

### 第2層生活支援コーディネーター

地域包括支援センターに配置。担当地域をまわり課題の発見やアイデアの提案、「通いの場」の運営支援等を行います。

QRコードをスマートフォンのカメラで読み込むと、簡単にアクセスができます

市内には、多くの通いの場があります。

「小林市通いの場のご紹介」サイトでは、小林市で開催されている通いの場の「活動場所」「内容」「頻度」「参加者の様子」「参加費」等の閲覧が可能です。ご活用ください！

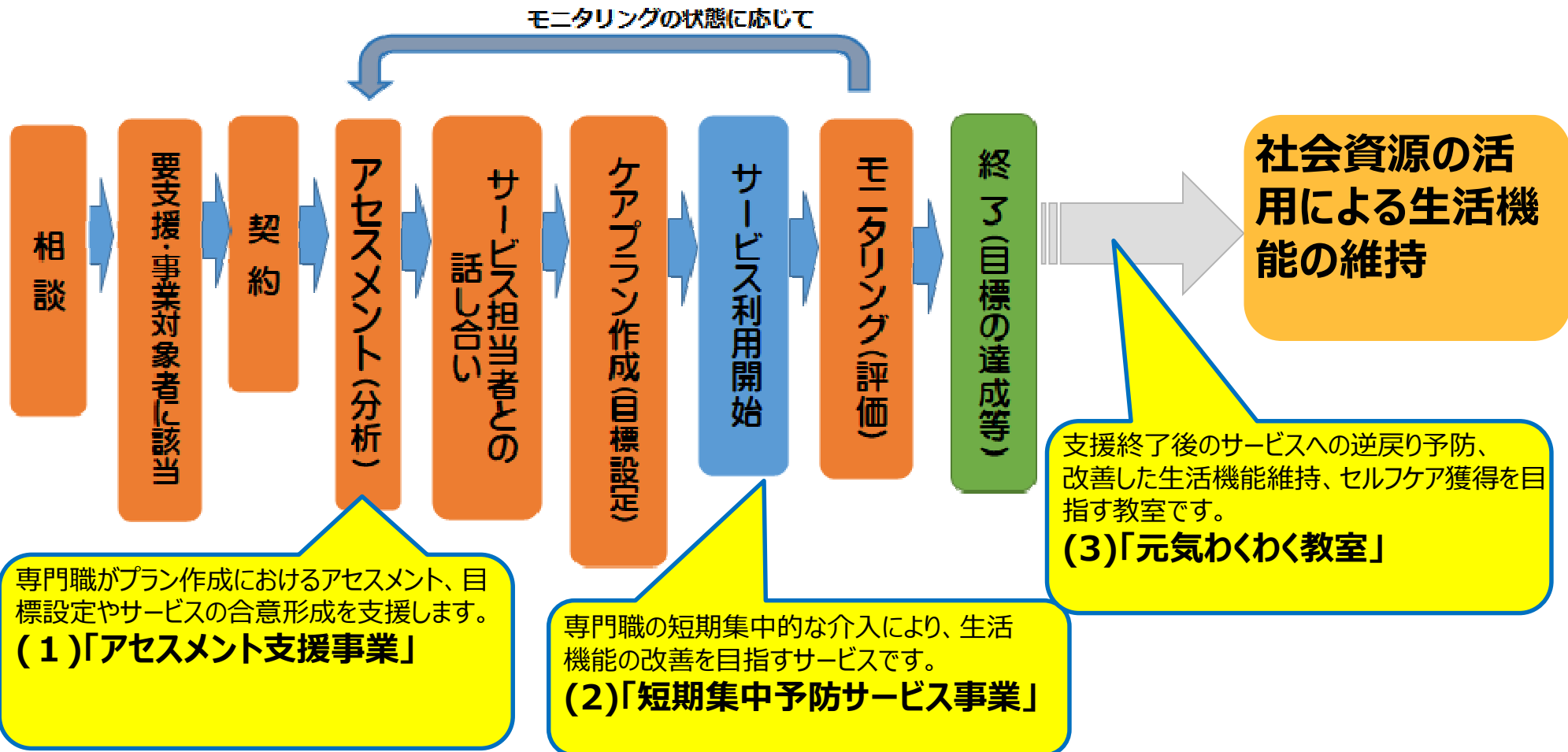


## 2. 各種事業

## 2. 各種事業

利用者の生活機能の向上を目指すため、各種事業を活用ください。

様々な段階で、活用できる事業があります。随時活用ください。  
活用の仕方が分からない場合は、最寄りの地域包括支援センターへお尋ねください。



# (1) アセスメント支援事業（栄養改善、運動機能向上）：事業概要

	内容
1. 目的	介護予防ケアマネジメントにおける予防プラン作成に際し、専門職による支援を行うことで、利用者の自立支援に効果的なプラン作成、サービス提供を促し、利用者の生活機能の維持改善を目指す
2. 事業内容	(1) プラン作成者からの依頼に応じ、専門職が利用者宅を同行訪問 (2) 専門的視点からプラン作成者のアセスメントを支援。適切な目標設定と解決に向けた支援内容を提案することで、自立支援型プラン作成を支援。 適宜利用者への合意形成を共に行う (3) 担当者会議で目的や支援内容の共有
3. 利用対象者	自立支援型ケアマネジメントを行う予防プラン作成者
4. 事業提供従事者	管理栄養士、理学療法士等
5. 利用者負担額	無料
6. 委託料 (長寿介護課から専門職)	<b>アセスメント支援事業（栄養改善）：9,000円/回</b> <b>アセスメント支援事業（運動機能向上）：9,000円/回</b>
7. 事業実施者の要件	(1) 自立支援型の介入が可能な専門職が常駐する、サービス提供事業所や医療機関 (2) 市の主催する地域ケア自立支援会議への参加協力 (3) 統一様式の活用

- 1) **アセスメント支援事業申込書提出**（プラン作成者から長寿介護課）
- 2) **長寿介護課にて事業所を決定**（プラン作成者、契約事業所及び専門職と調整・連絡）
- 3) **訪問日決定**（プラン作成者は事業提供従事者（以下専門職）と利用者と日程調整）
- 4) **資料共有**（プラン作成者は、プラン原案等を専門職へ共有）
- 5) **訪問、アセスメントを実施**（プラン作成者と専門職）
- 6) **アセスメント結果の共有**（専門職からプラン作成者へ。訪問後**3日**以内）
- 7) **結果をもとに因子分解、プラン作成**（プラン作成者）
- 8) **契約事業所及び専門職は担当者会議へ出席**  
（※出席できない場合は、所定の様式をプラン作成者へ提出）
- 9) **請求書を提出**（契約事業所及び専門職から長寿介護課へ。翌月10日まで）

## (2) 短期集中予防サービス事業 (C事業) 共通：事業概要

	内容
1. 目的	専門職による短期集中的な介入により、利用者の抱える課題の効果的な改善を目指す
2. 利用対象者	(1) 総合事業対象者・要支援1・要支援2の者 (2) ケアプランに運動面の課題が明記してある者 (3) サービスを利用することで、日常生活動作や栄養面が改善すると見込まれる者
3. 実施期間	1クール 3か月以内 最大2クールまで 1回の介入は概ね120分以内
4. 事業実施者の要件	(1) 小林市が推進する自立支援型介護予防の取組に理解がある (2) 小林市地域ケア自立支援会議への参加、協力 (3) 小林市の統一様式を利用している ⇒ (1) ~ (3) すべてを満たす事業所
5. 利用者負担額	(1) 利用者負担額 <b>1クール 1,500円</b> (2) 利用者負担額は事業所ごとに徴収する (3) 別途実施にあたり別途料金が発生する場合は自己負担とする
6. 契約	市と事業所の契約となる。請求は市へ

## (2) 短期集中予防サービス事業

### ①訪問型C 栄養改善事業：事業概要

	内容
1. 事業内容	(1) 管理栄養士が対象者宅を訪問し、栄養サービス計画を作成する (2) 必要な期間訪問継続し、栄養指導、調理支援等を行う (3) 期間終了に向け、維持改善状況の評価を行う (4) 終了後半年で評価訪問を行う
2. 委託料	<b>9,000円/回</b>
3. 訪問回数	月に1～2回 評価訪問として、半年後に1回訪問
4. 評価方法及び提出書類	(1) 体重、血液データ等による評価 (2) 報告書（セルフケア、家族や本人の行動変容等）による評価 ①介護予防サービス計画・総合評価 ②訪問記録報告書（期間中のスクリーニング） ③訪問判定記録報告書（サービス終了の評価） ④評価訪問記録報告書（半年後の評価） (3) 利用者のプラン作成者による生活機能評価及び総括表から評価状態の維持・改善を確認

## (2) 短期集中予防サービス事業

### ②通所型C 運動機能向上事業：事業概要

	内容
1. 事業内容	(1) 介護予防サービス計画を作成する (2) 当該計画に沿って短期集中的に個別機能訓練等を行う (3) 期間終了に向け、維持改善状況の評価を行う (4) 終了後半年で評価訪問を行う
2. 委託料	5,500円／回、評価訪問：8,500円／回
3. 送迎	徒歩や公共交通機関等の利用が可能な方は、それらの移動手段を利用してもよい。移動手段が確保できない場合は、事業実施者が送迎を行う
4. 事業提供従事者	利用者1～5名、従事者1名以上(6～8名の場合、従事者2名以上) 理学療法士等による直接実施、もしくは理学療法士等の指導を受けての実施を基本とする ※上記専門職のいない事業所には、地域リハビリテーション活動支援事業により、専門職を派遣(要相談)
5. 評価方法及び提出書類	(1) 報告書 ①統一様式を利用した評価(システム導入事業所は入力) ②実績報告書(通所C型) ③評価訪問報告書(運動) (2) 課題に基づいた動画による評価(事前・事後アセスメント時撮影) (3) 評価訪問：終了後半年で訪問

## (2) 短期集中予防サービス事業

### ②通所型C 運動機能向上（地域リハビリテーション活動支援事業活用）：事業概要

	内容
1. 事業内容	「短期集中予防サービス事業通所C事業」受託事業所のうち、専門職がない事業所の支援 (1) サービス提供事業所のアセスメントを支援 (2) 計画立案を支援 (3) 適宜プログラム実施についての指導的介入 (4) 維持改善状況やセルフケアの定着の評価 (5) 終了後半年で評価訪問を行う } 同日に実施
2. 事業提供従事者	理学療法士等
3. 委託料	<b>9,000円／派遣1回</b>
4. 介入頻度	対象者や事業所ごとに異なりますが、下記3回は必須となります (1) サービス開始初日（アセスメントと計画立案） (2) サービス終了・継続の判断（サービス開始から3か月月上旬） (3) サービス終了から半年後の評価訪問
5. 評価方法及び提出書類	短期集中予防サービス事業所が提出する書類一式による評価 (1) 報告書：実績報告書（地域リハビリテーション活動支援事業）

## (2) 短期集中予防サービス事業

### ③訪問型C 運動機能向上事業：事業概要

	内容
1. 事業内容	(1) 介護予防サービス計画を作成する。 (2) 当該計画に沿って短期集中的に個別機能訓練等を行う。 (3) 期間終了に向け、維持改善状況の評価を行う (4) 終了後半年で評価訪問を行う
2. 委託料	<b>9,000円/回</b>
3. 訪問回数	最大週2回(1回120分以内、個別機能訓練の時間を設けること)
4. 評価方法及び提出書類	(1) プラン作成者の作る総括表等より状態の維持・改善の評価 (2) 報告書 ①小林市短期集中予防サービス事業(訪問型C運動機能向上) ②介護予防サービス計画・総合評価 ③訪問記録報告書(初回) ④訪問記録報告書 ⑤評価報告書 ⑥利用開始時と終了時の動画 動作は課題に沿ったものとする (3) 課題に基づいた動画による評価(事前・事後アセスメント時) (4) 評価訪問：サービス終了から半年後の評価訪問
5. 事業提供従事者	理学療法士等

## (2) 短期集中予防サービス事業 (C事業)

共通：サービス導入の流れ

- 1) **アセスメント支援事業を利用。専門職によるC事業利用の妥当性ありとの判断**
- 2) **担当者会議 プラン確定** (担当者会議にアセスメント支援事業実施専門職同席)
- 3) **申請** (プラン作成者から受託事業所へ) ※申込書の写しを長寿介護課へ提出
- 4) **C事業導入開始**(1クール 3か月以内)
- 5) **介入終了** (事後アセスの評価により2クールまで実施可能)
- 6) **半年後 利用者宅へ評価訪問** (事業所、介入専門職、プラン作成者)

### (3) 送迎付き一般介護予防事業（小林市元気わくわく教室）

	内容
1. 目的	機能低下や閉じこもりがちになっている方への早期介入及び、サービス終了後の生活機能の維持 （1）セルフケア能力の獲得 （2）状態改善に伴い地域資源の利用に移行できる中間機関的役割
2. 事業内容	運動・口腔・認知・栄養の内容をバランスよく組み込んだプログラムを毎月実施すること。 ※1回のプログラムは <b>1時間30分以上</b>
3. 対象者	65歳以上の小林市民で上記目的に該当する者
4. 事業実施者	本事業の目的を理解し、市の推奨する自立支援型介護予防プログラムを定期的に実施できる介護サービス提供事業所等
5. 委託料	基本額と加算額の合算とする。 基本額30,000円（月の延べ参加人数が0名の場合は基本料は発生しない） 加算額 <b>回数×2,100円＋延人数×490円</b> ※ただし、委託料の上限を150,000円とする
6. 利用者負担額	送迎あり 500円・送迎なし 400円 利用者負担額は事業実施者が徴収

### (3) 送迎付き一般介護予防事業（元気わくわく教室）

#### ：委託料及び人員配置

	内容
7. 求める連携体制	状態の改善に伴い、通いの場やパワーステーション等への移行支援を目的とした地域包括支援センター、生活支援コーディネーターとの連携体制
8. 提出書類	(1) 事業実施計画書（年1回） (2) 事業実施報告書と参加者名簿（毎月） (3) 申込書、終了届出書（適宜）
9. 職員配置	安全に配慮した人員配置数とする

### 専門職職能団体によるアセスメントの指導や研修会の開催

- (1) サービス提供事業のアセスメント方法の指導
- (2) 各種自立支援推進に関する研修会
- (3) 事業立ち上げや継続支援  
など、専門職職能団体の協力を得て、支援を行っています。

お困りごとがありましたら、ご相談ください。

潜在的なニーズの高い方へいち早くアプローチする必要性から、データを活用し根拠に基づいた対象者を抽出

	内容
概要	75歳以上の介護サービスを利用していない後期高齢者について、健康状態不明者及び、フレイル傾向の高齢者をエビデンスに基づき抽出 地域包括支援センター職員による訪問を行い、状態に応じた早期介入を実施
根拠に基づいた、ハイリスク者の抽出とは。	医療データ、健診データ、介護データを分析し、身体機能の低下が発現する可能性のある対象者を抽出 例えば・・・ <b>(1) 全身的なフレイルリスクの抽出</b> 生活習慣病（糖尿病、高血圧、脂質異常症）／フレイル関連疾患／脳梗塞、虚血性心疾患、脂質異常症／ロコモティブシンドローム（関節リウマチ、骨粗鬆症、変形性膝関節症、骨折等）／身体機能の低下（低栄養、嚥下障害）／誤嚥性肺炎、慢性閉塞性肺疾患／軽度認知障害、認知症、うつ病／入院の有無／人工透析の有無等 <b>(2) 健診からのハイリスク者抽出</b> ①検査値から（BMI、低栄養傾向ほか） ②質問表から（口腔機能、体重変化、転倒、認知機能、喫煙、社会参加等）

## (1) フレイルリスク高齢者の早期介入訪問事業

: 対象者の状態に応じて様々な効果が期待されます

予防プラン導入による  
身体機能改善

社会参加による  
孤立防止

医療機関の  
早期受診

**元気高齢者の増加**

認知症進行を  
事前に抑制

長寿健診受診による  
予防的介入の実現

長期的な事業効果が期待されます。

## (6)自立支援型ケアマネジメント促進事業

目的	市が推進する自立支援型ケアマネジメントの取組を促進することで、高齢者の生活機能の改善、自立した生活の維持を目指します。	
事業概要	サービス提供事業所、居宅介護支援事業所が、市が推進する統一様式を用いて適切にアセスメント、計画作成を行った際に、その取組を支援する。	
支援金額	サービス提供事業者	<b>【基本額】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>事前アセスメント：3,000円/件</li> <li>事後アセスメント：5,000円/件</li> </ul> <b>【加算額】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>初回加算：2,000円/件 ※</li> </ul>
	居宅介護支援事業所	<b>【基本額】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>事前アセスメント：3,000円/件</li> <li>事後アセスメント：5,000円/件</li> </ul> <b>【加算額】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>初回加算：2,000円/件 ※</li> <li>アセスメント支援事業の活用：2,500円/件</li> <li>短期集中C事業の導入：2,500円/件</li> <li>地域ケア自立支援会議への事例提出：5,000円/件</li> </ul>
支払方法	契約のうえアセスメント等実施の翌月10日までに請求書を提出	

※初回加算：ケアマネジメントにおける初回加算の算定条件に該当する場合請求できます。(令和8年度新設)  
サービス提供事業所は、ケアプランを確認し、初回加算が位置づけられている場合に請求できます。

## (6)自立支援型ケアマネジメント促進事業

対象事業 所要件	<p>次の要件をすべて満たす事業所</p> <p>① 市作成「自立支援型アセスメントマニュアル」にてアセスメントを行い、市の統一様式にて計画書等を作成していること</p> <p>② 包括支援システムを導入し、データを連携していること</p> <p>※ 指定居宅介護支援事業所の対象要件は、上記①のみです。</p> <p>※ 包括システムの導入については、お近くの地域包括支援センターにお問い合わせください。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ 小林市地域包括支援センター : 25-0707</li><li>➤ のじり地域包括支援センター : 44-2271</li><li>➤ 小林市西部地域包括支援センター : 27-2552</li></ul>
対象利用 者要件	本市に住所のある事業対象者、要支援1・2及び継続利用要介護者
利用者負 担	なし
申込方法	必要事項に記載した参加申込書をメールまたは郵便等にて長寿介護課にご提出ください。提出後、長寿介護課から契約書を送付いたします。

### 申込方法と 流れ

- ① 必要事項に記載した参加申込書（様式有）をメール（Mail：[k\\_kaigo@city.kobayashi.lg.jp](mailto:k_kaigo@city.kobayashi.lg.jp)）または郵便等にて長寿介護課に提出する。
- ② 長寿介護課から契約書が届くので、同封の文書に沿って押印のうえ返送する。
- ③ 事業所・長寿介護課・地域包括支援センターで対象者リストを共有する
- ④ 市のマニュアルに沿った適切なタイミングでアセスメントを実施し、包括システムに入力する。
- ⑤ アセスメントを実施した翌月10日までに、請求書（様式有）を提出する。
- ⑥ 長寿介護課が請求内容を審査し、支払いをする。

※上記③～⑤を毎月行います。

※指定居宅が本事業を行う場合は、紙媒体で市様式のアセスメント資料を提出していただきます。

※指定居宅が作成したプランに沿ってサービスを提供する事業所が本事業を行う場合は、包括システムに入力ができるようにいたします。

## (6) 自立支援型ケアマネジメント促進事業

包括システム入力様式 (統一様式)	サービス提供事業所	<p>【訪問型事業所】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護予防メニューアセスメント（訪問用）</li> <li>✓ 生活行為アセスメント(訪問・通所共通)</li> <li>✓ 介護予防サービス計画・総合評価(訪問用)</li> <li>✓ 介護予防サービス 個別計画書(訪問用)・・・事前アセスメント時のみ</li> </ul> <p>【通所型事業所】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護予防メニューアセスメント（通所用）</li> <li>✓ 生活行為アセスメント(訪問・通所共通)</li> <li>✓ 介護予防サービス計画・総合評価(通所用)</li> <li>✓ 介護予防サービス 個別計画書(通所用)・・・事前アセスメント時のみ</li> </ul>
	居宅介護支援事業所	<p>① プラン作成時</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 利用者基本情報</li> <li>✓ 介護予防のアセスメント【1】基本チェックリスト・【2】追加項目</li> <li>✓ 介護予防メニュー リスク確認【1】・リスク確認【2】</li> <li>✓ 生活機能評価（アセスメント）</li> <li>✓ 因子分解表</li> <li>✓ ケアプラン</li> <li>✓ 総括表・・・評価時のみ</li> </ul>

### ● 目的

利用者の生活機能の向上につながった事業所を表彰し、支援することで、サービス提供事業所の自立支援型介護予防の促進、元気高齢者の増加を目指します。

### ● 事業概要

サービス事業所が事前に提出した、本市に住所のある、要支援者及び要介護者について、身体、生活等機能の改善度により、サービス提供事業所、利用者等を表彰します。

### ● 事業所の条件

#### 【要支援部門】

- ①市作成の「自立支援型アセスメントマニュアル」を用いてアセスメントを行い、市の統一様式にて計画書等を作成している市内介護サービス提供事業所
- ②包括支援システムを導入し、データ連携していること

#### 【要介護部門】

- ①自立支援の視点で、支援に取り組む意欲のある市内事業所

### ● 表彰

- (ア) 最優秀賞：最も優秀と認められる事業所  
(イ) 優秀賞：優秀と認められる事業所  
(ウ) 特別賞他：その他、特に独自の取組など特に優秀と認められる事業所  
奨励賞：改善度、生活機能向上の取組などから優秀と認められる利用者



**最優秀賞10万円**  
**優秀賞3万円**

- 表彰は全4部門

### 【要支援部門】

- 要支援通所の部

介護予防通所介護事業所  
介護予防通所リハビリテーション事業所等

- 要支援訪問の部

介護予防訪問介護事業所  
介護予防訪問看護事業所  
介護予防訪問リハビリテーション事業所等

### 【要介護部門】

- 要介護通所の部

通所介護事業所  
通所リハビリテーション事業所等  
※継続利用の要介護者を含む

- 要介護訪問の部

訪問介護事業所  
訪問看護事業所  
訪問リハビリテーション事業所等

- 評価様式

- ① 共通：QOL（生活の質）向上事業取組報告書
- ② 要支援部門：統一様式一式  
※マニュアルに基づき、評価を行います。
- ③ 要介護部門：QOL向上事業個別評価表、生活行為アセスメント様式

- 年間スケジュール：要介護

**参加申込書・名簿提出**

**令和8年5月15日(金)～5月29日(金)**

参加申込をお願いします  
年1回のチャンスです。

**事前・事後アセスメント、取組報告書一式**

**提出：令和8年11月30(月)まで**

**改善度をもとに、表彰事業所等決定**

**表彰式 令和9年2月頃**

## ● 要支援部門の場合のエントリーから表彰までの流れ

期限	5月15日から5月29日まで	11月30日まで	12月～2月	2月下旬頃
サービス提供事業所	「参加申込書」、「参加者名簿」を市に提出 *参加者は各部門事業所につき <b>3名</b> まで	事前、事後アセスメントをシステムに入力し、取組報告書を提出  プラン作成者が居宅介護支援事業所の場合は、最寄りの包括に提出。(居宅介護支援事業所にも共有ください)		表彰式 プレスリリース・市HPに掲載 (全参加事業所)
長寿介護課	受付 「参加者名簿」をもとに、「参加者一覧表」に参加者名を入力。包括に共有	プレスリリース・HP公開他、積極的に発信します	提出された様式類をもとに、選考会議を開催。 協議の上、表彰事業所を決定。	
包括	「参加者一覧表」の参加者名を確認。サポートを開始。	事業所、利用者、居宅との間で状態の維持改善に共に取り組む		

要支援部門にエントリーする事業所は、「自立支援型ケアマネジメント促進事業」も活用ください。  
自立支援型ケアマネジメントの通常のタイミングでアセスメント実施してください。

**※提出について：令和8年度は、11月30日(月)までに事前・事後アセスメントの入力を完了し、取組報告書を提出してください。取組期間、中間の提出はありません。**

## (7)QOL(生活の質)向上事業

### ● 要介護部門のエントリーから表彰までの流れ

期限	5月15日から5月29日まで	11月30日まで	12月～2月	2月下旬頃
サービス提供事業所	「参加申込書」、「参加者名簿」を市に提出 *参加者は各部門事業所につき <b>3名</b> まで	事前・事後アセスメント※1・取り組み報告書を市に提出 事前に利用者と6か月間の目標を共有 ※1「個別評価」と「生活行為アセスメント」を提出		表彰式 プレスリリース・市HPに掲載（全参加事業所）
長寿介護課	受付 「参加者名簿」をもとに包括に共有	アセスメント結果の整理、包括との情報共有	提出された様式類をもとに、選考会議を開催。協議の上、表彰事業所を決定。	
包括	参加者名等を確認。サポートを開始。	事業所、利用者、居宅との間で状態の維持改善をサポート	提出された様式類をもとに、選考会議を開催。協議の上、表彰事業所を決定。	

※提出について：令和8年度は、11月30日(月)までに事前・事後アセスメント、取組報告書を提出してください。取組期間中間の提出はありません。

### ● 提出様式

#### 【要支援部門】

- ① 参加者名簿
- ② 事前事後アセスメント結果をシステム入力（統一様式）
- ③ 取組報告書

#### 【要介護部門】

- ① 参加者名簿
- ② QOL(生活の質)向上事業個別評価表（バーセルインデックス（以下BI））
- ③ 生活行為アセスメント
- ④ 取組報告書

※ADL維持改善加算や個別機能訓練加算（生活機能チェックシートを提出している）を取得している等、BIを別途とっている事業所は任意の様式でよい。  
市の求める評価に不足する情報がある場合は、記載し提出すること。



# (7)QOL(生活の質)向上事業

## ● 補足：QOL(生活の質)向上事業取組報告書

### 具体的な取組内容や、日頃の自立支援の取組を記載してください

- ・事業に取り組んだ中で、特に改善したと思う利用者を推薦。  
奨励賞の参考にもします。
- ・具体的取組内容を記載(どのような取組で、どう改善したのか)
- ・事業所として、利用者のQOL向上のために自立支援の視点で重点的に取り組んでいること等を記載

QOL(生活の質)向上事業取組報告書

提出日： 年 月 日  
事業所名 \_\_\_\_\_  
記入者名 \_\_\_\_\_

事業所での取組を通し、特に改善がみられた方を推薦してください。

取組内容	
①推薦する利用者	氏名： 生年月日：
④具体的な取組内容	
⑤利用者のQOLが維持・向上したところ	
⑥事業所として、利用者のQOL向上のために自立支援の視点で、重点的に取り組んでいること 取り組んで良かった点	
⑦プラン担当者	所属 氏名

※提出後詳しい内容を伺うことがあります。①～⑥については、できる限り具体的に記載してください。個人情報に配慮し、取組内容を市のホームページ等で紹介することがあります。

【長寿介護課記入欄】

	事前	事後
介護度		
改善度		
実施担当者		

## (8)その他おしらせ

- 通所型サービスA 従業者配置基準が令和8年4月1日付けで変更になります。

項目	旧	新
基本の配置	利用者 15人 まで：1以上	利用者 30人 まで：1以上
追加の配置	15人を超える部分を10で除した数 +1	30人を超える部分を10で除した数 +1

**より多くの事業所様の参加を  
お待ちしております。**

各種事業の契約を希望される事業所は、ご連絡ください。