

介護予防・日常生活支援総合事業 サービス・活動事業

訪問型短期集中予防サービス の手引き

【訪問型サービス・活動 C】

元気アップ90 ～未来を変える 最大90日間のチャレンジ～



令和7年9月

周南市 地域福祉課

目 次

1	介護予防・日常生活支援総合事業（サービス・活動事業）について	…… 1
2	総合事業の対象者と利用手続について	…… 2
3	周南市訪問型短期集中予防サービス（訪問型サービス・活動C）について	…… 6
4	サービス提供の流れ	…… 8
5	サービス提供事業者への委託業務内容	…… 1 1
6	運動機能評価の方法	…… 1 3
7	Q&A	…… 1 4
8	【参考資料】 周南市訪問型短期集中予防サービス（訪問型サービス・活動C）様式一覧	…… 1 9

1 目的

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業という）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、事業対象者や要支援者に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目的としています。

2 サービス・活動事業、サービス内容等

総合事業は、要支援者等に対して必要な支援を行う「サービス・活動事業」（介護保険法に基づく第1号事業）と、全ての第1号被保険者等が対象になる「一般介護予防事業」から構成されます。周南市の実施する「サービス・活動事業」（介護保険法に基づく第1号事業）は下記のとおりです。

周南市の実施する「サービス・活動事業」

サービス名 / 内容		サービス提供者	利用者負担のめやす
訪問型サービス・活動	総合事業訪問介護 食事・入浴の介助などの身体介護や、掃除・洗濯・調理などの生活支援を行います。	訪問介護員 (ホームヘルパー)	(負担割合が1割の場合) 週1回程度利用 1,200円/月 週2回程度利用 2,398円/月 週2回超利用 3,805円/月
	自立支援訪問介護(訪問型サービス・活動A) 掃除、洗濯などの生活支援を行います。(身体介護なし)	一定の研修修了者	(負担割合が1割の場合) 1回あたり1時間まで150円 ※初回のみプラス300円
	地域支え合い訪問介護(訪問型サービス・活動B) 地域の支え合いにより、買い物代行やゴミ出しなどの生活支援を行います。	訪問型サービス・活動C追加	
	地域支え合い移動支援(訪問型サービス・活動D) 地域の支え合いにより、サロンや通いの場までの、移動支援を行います。	非営利法人/ 地縁組織/ ボランティア グループ等	無料
通所型サービス・活動	総合事業通所介護 通所介護施設(デイサービスセンター)で、自立を目的とし、食事・入浴などの身体介助を含んだ支援を行います。	通所介護施設の従事者	(負担割合が1割の場合) 週1回程度利用 1,835円/月 週2回程度利用 3,671円/月
	自立支援通所介護(通所型サービス・活動A) 通所介護施設等で、閉じこもり予防や自立に向けた支援を行います。(身体介護、入浴なし)	通所介護施設の従事者	(負担割合が1割の場合) 1回350円
	地域支え合い通所介護(通所型サービス・活動B) 公共施設(市民センター等)で、レクリエーションや運動など、介護予防を目的にした自主的な活動を行います。	地縁組織/ ボランティア グループ等	1回あたり 100円～500円程度 ※提供団体によって異なる
	短期集中通所介護(通所型サービス・活動C) 病院や老人保健施設等での、3カ月間の集中的なプログラム(動機づけ面談/運動の指導等)により、終了後の身体活動や社会参加を促進し、生活機能の向上を目指します。	リハビリ専門職等	無料

2

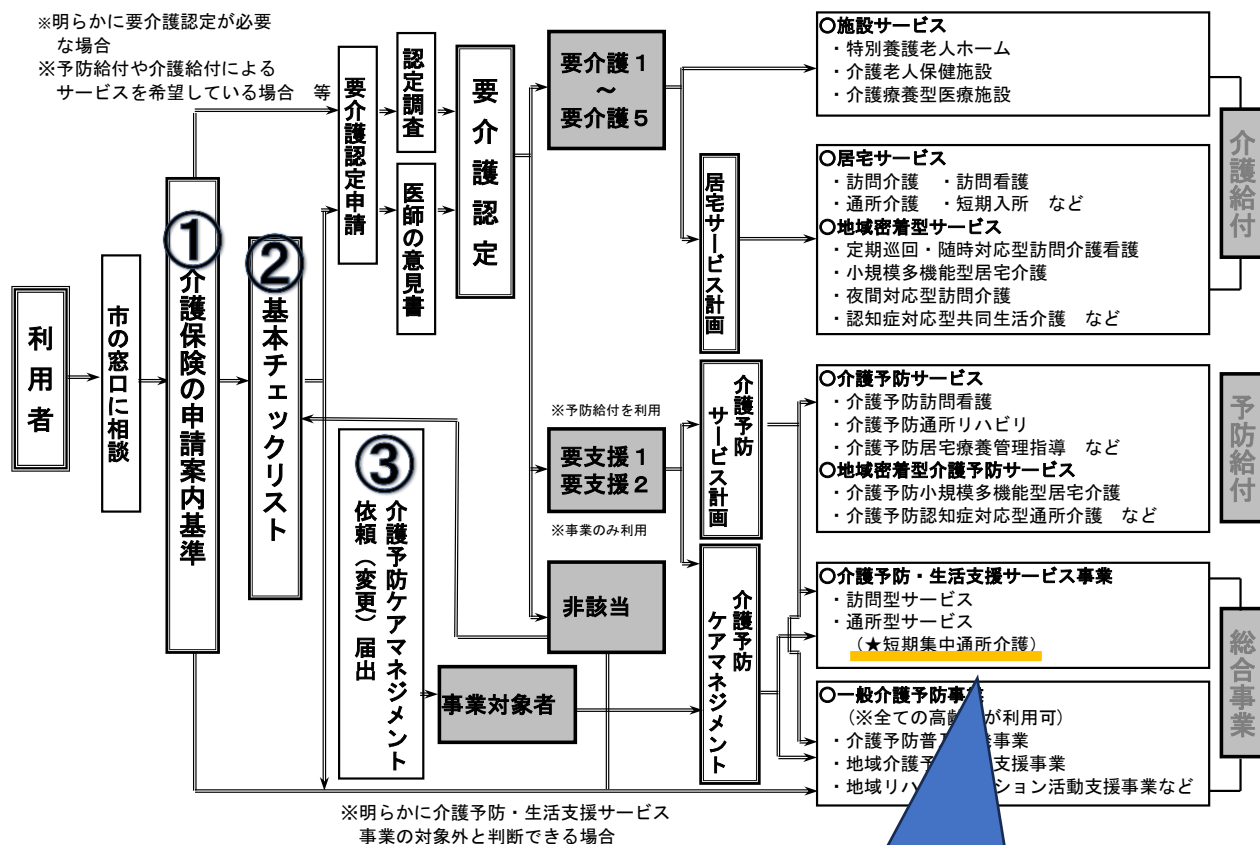
総合事業の対象者と利用手続について

1 対象者

- 要支援認定を受けた方
- 基本チェックリストにより事業対象者と判断された方

2 利用手続

- 総合事業の利用相談・手続き支援については、地域包括支援センターの介護支援専門員等の専門職員が行います。
- 利用希望者本人の状況や希望するサービス等を踏まえ、要介護・要支援認定または基本チェックリストによる判定を行います。



・サービス・活動事業に名前変更
（・★訪問型短期集中予防サービス）

3 介護予防ケアマネジメント

(1) アセスメント(課題分析)

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。「興味・関心チェックシート」や「周南市版総合事業アセスメントシート」「地域ケア会議」を活用し、利用者の状態像を把握し課題を明らかにします。

【ポイント】

- 利用者の自宅に訪問して、本人との面接による聞き取り等を通じて行います。
- 説明リーフレット「要支援者・事業対象者のみなさまへ(参考資料1)」を用いて利用者へ説明を行います。
- より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート(参考資料2)」なども利用して、「～できない」という課題から「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。
- 「周南市版総合事業アセスメントシート」を用いて、現在置かれている利用者の状態像を把握し、課題を明らかにします。
- アセスメント支援として、リハビリ専門職との同行訪問や、「私の暮らし会議(周南市介護予防・自立支援型地域ケア会議)」も活用しましょう。

(2) ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決めます。

【ポイント】

- **自立支援に向けた目標の設定**
 - ・生活の目標については、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定します。長期目標に対し、短期目標が達成できることを目的に、計画を作成します。
 - ・利用者自身でも評価できる具体的な目標とします。
- **利用するサービス内容の選択**

サービス事業の利用のみに限定せず、地域のサロンなど広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の状態や意向に合ったサービスを選択します。
- ケアマネジメントCの場合はケアマネジメント結果「私の計画表」を作成します。

元気アップ90(訪問型サービス・活動C) メモ

★原則、「通所型」の利用が望ましいが、下記の場合は「訪問型」を検討してもよい

- ① 本人が、通所型サービスを望まない人
- ② 本人の心身の状況により、通所型サービスよりも、訪問型サービスの方が有効と、支援者が判断する人
- ③ 適正な時期に、通所型サービスの提供が困難な人

(3) サービス担当者会議(ケアマネジメント B は省略可、ケアマネジメント C は除く)

家族やサービス提供担当者などとの共通認識を行います。

【ポイント】

- 本人、事業者から目標達成のための意見を促します。
- サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等共有します。
- 担当者会議後、日々利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくりを行います。
- モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておきます。
- ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCは除きます。

元気アップ90(訪問型サービス・活動C) メモ

- ★事業者の作成した「実施計画書」とすり合わせ、必要に応じ、ケアプランを調整しましょう。
- ★サービス卒業後の地域資源や、参加・活動できる場などについて情報を集め、利用者と話し合い、関係者と共有しておきましょう。
- ★終了前にも、サービス担当者会議を実施します。

(4) 利用者への説明・同意

サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者およびその家族に説明し、同意を得ます。

(5) ケアプラン確定・交付(ケアマネジメント結果交付)

利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付します。

(6) サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施します。

(7) モニタリング(給付管理)

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握します。
利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取します。
利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援に準じ、ケアマネジメントBは1年に1回は実施することとします。

【ポイント】

- 介護予防支援と同様、3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接します(ケアマネジメントA)。
ケアマネジメントBは、1年に1回は実施することとします。
- 本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認します。
- 新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断を行います。

元気アップ90(訪問型サービス・活動C) メモ

- ★訪問型サービス・活動Cを利用する場合は、短期間(3か月程度)で集中的なサービスの提供を行い、早期の生活改善を目指すため、利用者の自宅への訪問など、1か月に1回モニタリングを行います。(訪問した場合はケアマネジメントA適用)
- ★「元気アップ手帳」を活用しましょう。

(8) 評価(ケアマネジメントCの場合を除く)

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定します。

元気アップ90(訪問型サービス・活動C) メモ

- ★サービス担当者会議(終了前)において、本人・地域包括支援センター・サービス提供事業者で、サービス期間中の目標達成度の評価、終了後の生活を検討します。
元気アップ手帳に、話し合ったことを記載しましょう。
- ★終了後、必要に応じてフォローアップ事業を利用することができます。
- ★終了後、1年間はサービス期間中に身についた行動の定着、意欲低下防止のために、担当ケアマネジャー等は、行動目標の実施状況や生活機能のモニタリングを3か月～半年の間に1回してください。(訪問した場合はケアマネジメントB適用)



※周南市訪問型短期集中予防サービスの人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱に基づき実施する。

1 目的

日常生活行為に支障のある者に対し、リハビリ専門職等が生活機能評価を行った上で、訪問による運動等の機能向上プログラム及び動機づけ支援を、最大3か月の短期間集中的に(最大12回)行うことで、セルフマネジメント力を高め、生活機能の向上を目指す。

2 対象者

- 要支援認定を受けた方
- 基本チェックリストにより事業対象者と判断された方

であれば、どのような方でもよい。

ただし、病状が不安定な人、リスクを伴う可能性がある人は、事業者に事前相談が必要。

短期集中予防サービスは、原則「通所型」の利用が望ましいが、下記の場合は「訪問型」を検討してもよい

- ・本人が、通所型サービスを望まない人
- ・本人の心身の状況により、通所型サービスよりも、訪問型サービスの方が有効と、支援者が判断する人
- ・適正な時期に、通所型サービスの提供が困難な人

3 利用者の目指す姿

- ① 元の暮らしに戻る
- ② できることが増える、交流が広がる、自分に合った自主運動に取り組める、したいことや楽しみが見つかる、意欲が向上する
- ③ 生活機能(心身機能、活動、参加)がアセスメントされ、必要な支援が明確になる

4 サービス提供に関わる職員配置

	訪問型短期集中予防サービス(以下、訪問型サービス・活動Cという。)
従事者員数	○専ら訪問型短期集中予防サービスの提供に当たる者が1人以上 ※従事者は、理学療法士又は作業療法士等の運動器の能力向上の業務を実施するにあたり、経験及び専門的知識を有すると認められる者とする。

5 サービスの内容

	訪問型サービス・活動 C
提供回数、利用頻度	○概ね週 1 回、最大12回とする。 ただし、<u>期間中状態に大きな変化がある場合</u>で、利用回数を増やすことで目標が達成できると認められる場合は、ケアプランの変更をもって24回まで利用することができる。 ○目標を達成した時点で、12回を待たずに終了することも可。
サービス提供時間	1 回あたり40～60 分程度 開始・終了時(情報収集や体力測定等)、目標達成に向けた屋外での移動・活動支援等を行う時のみ 60 分以上を可能とする。
利用料	自己負担額なし (実費は除く)
委託料	1 回あたり 40～60 分:8,200 円、60分以上:9,700 円 口腔・栄養加算(管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士等が同行し、指導を実施した場合):3,000 円 地域資源連携加算(※終了後に訪問介護、通所系サービスを利用しない場合):5,000 円 ※委託料は、市が全額負担
実施プログラム	【必ず実施】 ○動機づけ面談(目安:20 分程度) 【利用者に応じて実施】 ○運動機能向上プログラム、生活行為指導並びに生活環境及び道具の工夫に関する助言、栄養改善・口腔機能向上のための助言、その他社会参加支援等必要な支援等 ※徒手的なアプローチは行わない
フォローアップ事業 (任意) ※	終了者の心身機能の維持・継続のために、事業者は下記のとおり、フォローアップ事業を行えるものとする。 ○終了後1年以内に最大2回まで 1 回40分～60分未満 ○生活機能及び運動機能等についての評価・助言 ○動機づけ面談 ※必ず実施 ○自己負担額なし(1 回あたり 8,200 円を市が全額負担)

6 サービスの提供に際する留意点

- 訪問型サービス・活動Cは、原則3か月集中的に支援することで、セルフマネジメント力を高め、生活機能の向上を目指して実施する。
- サービス担当者会議などで、地域包括支援センターや他のサービス提供事業者とケアプランの目標や課題、役割分担を共有し、目標に即した効果的なサービスを提供するものとする。
- 活動量が減少した背景を、「加齢だから仕方がない」「もう無理だ」とあきらめがちな対象者や家族に対し、何が原因か、生活動作のどの部分に改善の可能性があるのか、どうしたら改善するのかを丁寧に説明し、理解を得て、やる気を引き出すような支援が必要。

4

サービス提供の流れ

1 利用申請からの流れ(P.10 図1参照)

① サービス導入の検討

② 利用決定

要支援者、事業対象者であればどのような方でも対象となります。事業者との事前調整を行い、サービス利用を決定します。

ただし、病状が不安定な人、サービス利用によりリスクを伴う可能性がある人は、事業者と相談が必要です。

③ サービス担当者会議(開始時)

本人、家族、担当ケアマネジャー等、サービス提供事業者でサービス担当者会議を行い、目標を共有します。担当ケアマネジャー等は会議終了後、ケアプランを完成させ、サービス担当者に交付します。

④ サービス開始

第1回目で体力測定を含めたアセスメントを行い、担当ケアマネジャー等から交付されたプランをもとに、「実施計画書(様式1)」を作成します。作成された実施計画書の写しを、市及び担当ケアマネジャー等へ提出します。

「セルフマネジメントシート(様式4)」は、各回終了後、担当ケアマネジャー等に提出します。

家屋環境、居宅周辺環境など利用者の日常生活活動に必要な行動範囲のアセスメントは、個別に行います。

事業者は、サービス期間中、下記様式等を活用し、個別実施計画に基づくプログラムを提供します。

- ・「基本情報シート(様式2)」
- ・「ケース記録(様式3)」
- ・「セルフマネジメントシート(様式4)」
- ・元気アップ手帳(別冊) ※セルフマネジメントシート(様式4)が含まれています。



⑤ モニタリング

担当ケアマネジャー等は、サービス実施期間中は、1か月に1回利用者の自宅を訪問または連絡し、課題や目標の到達程度をモニタリングします。(訪問した場合はケアマネジメント A 適用)

⑥ 評価訪問

担当ケアマネジャー等は、サービス終了予定月には評価訪問を行い、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を確認します。

状態像の大きな変更がある場合で、12回の利用で目標が達成できなかった場合、利用回数を増やすことで目標が達成できることが認められる場合のみ、更に12回まで延長利用することができます。事業者と話し合いの上、終了前会議までに市へ相談が必要です。

⑦ サービス担当者会議(終了前)

終了前担当者会議(12 回実施の場合は概ね11回終了後)において、本人、地域包括支援センター、サービス提供事業者の3者で、訪問型サービス・活動 C の実施状況や変化等を振り返り、今後の日常生活について検討します。

話し合ったことや今後の目標などは、「**元気アップ手帳(別冊)**」に記入してもらいましょう。

日常生活動作が安全に行え、十分に自立レベルに達している場合は、一般介護予防事業やインフォーマルな地域の多様な通いの場、家事やもともとやっていた用事などへ移行します。その場合、地域資源連携加算の対象となりますので、事業者は、実績報告の際、市に加算分も計上して請求してください。

フォーマルサービスにつながらない場合で、事業者のフォローアップが必要と思われる場合は、終了前会議で提案し、本人の意向を確認しながら実施時期などを話し合っておきます。

⑧ サービス終了

事業終了後、事業者は、「**評価報告書(様式5)**」を市に提出します。

サービス・活動 C から継続して同事業所の訪問サービスを利用される場合、評価報告書に理由を記載してください。(令和7年4月～)

⑨ モニタリング(終了後 1 年間)

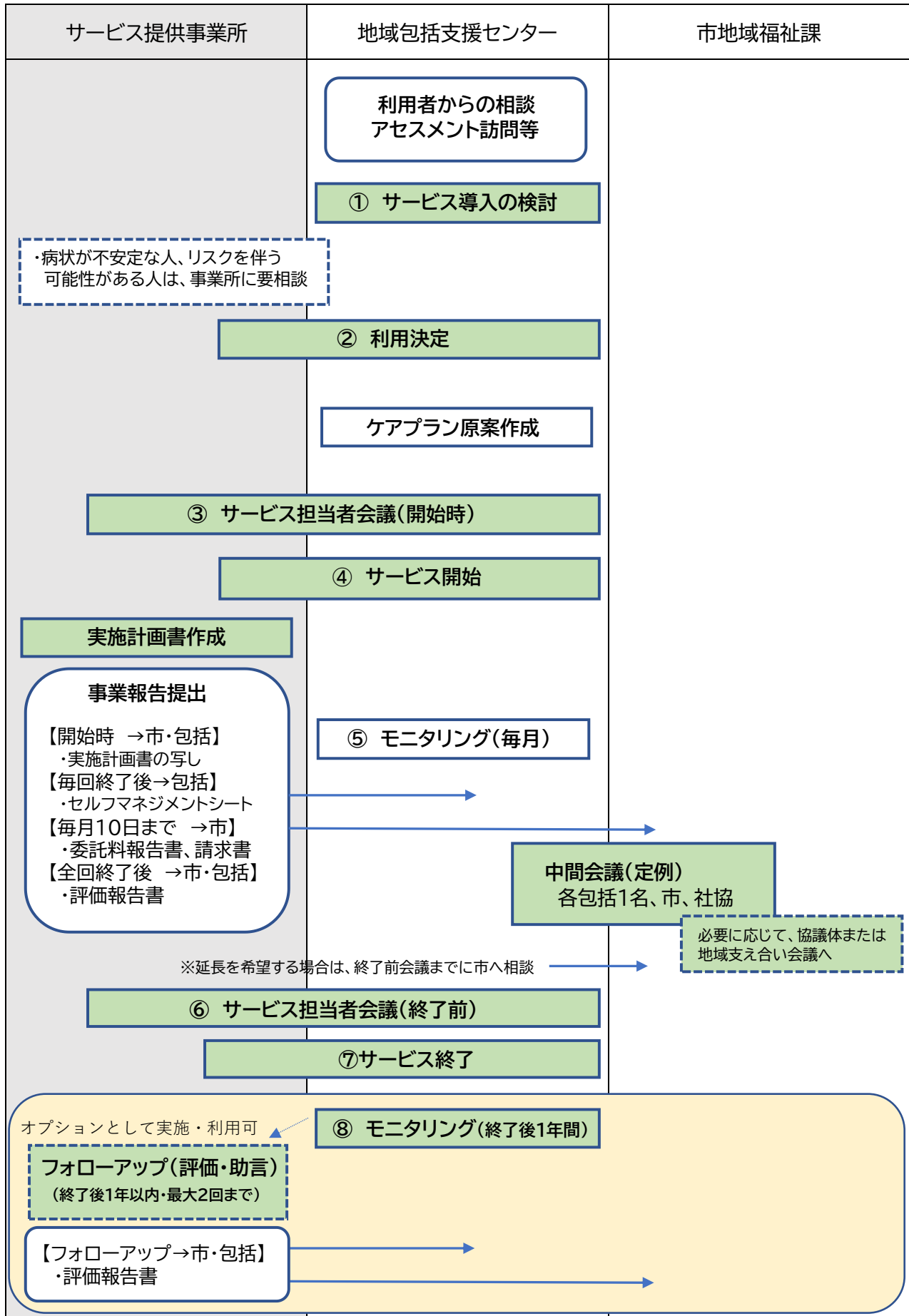
サービス期間中に身についた行動の定着、意欲の低下防止のために、担当ケアマネジャー等は終了後1年間は、行動目標の実施状況や生活機能のモニタリングを3か月～半年の間に1回します。(訪問した場合は、ケアマネジメントB適用)

⑩ フォローアップ事業の活用(任意)

フォローアップ事業を活用する場合は、担当ケアマネジャー等が本人やサービス事業者と調整を行い、日時の決定を行います。(利用終了後 1 年間 最大2回まで)

事業者は、終了後「**フォロー報告書(様式6)**」を市に提出します。

(図1)



1 サービス提供まで

① 地域包括支援センターとの事前調整

- ・利用希望者の受け入れの可否
- ・利用希望者の状況について情報共有
- ・その他必要と思われる事項

② サービス担当者会議

- ・本人、家族、担当ケアマネジャー等、サービス提供事業者等で行うサービス担当者会議に出席し、利用者の心身機能や住環境等の把握、サービス終了後の目標の確認、サービスについての十分な説明等を行ってください。

2 事前アセスメントの実施

① 事前アセスメント

- ・利用初日に、運動機能評価や記述式評価、生活動作についての問診を実施します。

② 個別サービス計画

- ・事前アセスメントを行い、ケアプランと併せ、利用者1人1人の状態に応じた個別計画を作成し、「実施計画書(様式1)」に記入してください。実施計画書は、2回目のサービス提供までに作成した後、本人に同意を得るとともに、市及び担当ケアマネジャー等へその写しを提出してください。

3 サービスの提供

① サービスを提供するうえでの留意点

- ・高齢者の意欲を引き出し、セルフマネジメント力を高めることを目指し、利用者には開始時に、「元気アップ手帳(別冊)」を配布し、サービス期間中や終了後の活用を促します。
- ・毎回、その中の「セルフマネジメントシート(様式4)」を用いて「動機づけ面談」を行い、訪問日以外の6日間の過ごし方と課題を話し合い、各回終了後、担当ケアマネジャー等に送付してください。
- ・目標達成や課題解決を念頭に置いた機能向上プログラムを計画するようにしてください。但し、徒手的なリハビリは行わないものとします。12回、フォローの主な内容は、P12図2のとおり。

② 経過記録

- ・サービス期間中は、毎回、「ケース記録(様式3)」等を活用し、利用者への指導の要点や今後の課題等について記録してください。(様式は自由)

③ 終了に向けて

・終了前担当者会議(12回実施の場合は、概ね11回終了後)において、本人、地域包括支援センター、サービス提供事業者の3者で、訪問型サービス・活動Cの実施状況や変化等を振り返り、今後の日常生活について検討してください。

④ 安全管理について

・サービス提供前及び提供中は利用者の身体・健康状態を観察し、状況に応じてサービスの提供を中止してください。

⑤ 緊急時対応及び事故等報告について

・利用者の体調の急激な悪化の際や、事故が発生し場合は、速やかに救急搬送等の必要な措置を講じてください。同時に、市、地域包括支援センター、利用者の家族に報告してください。

(図2)

回	1回目	2回目	3回目以降	終了1回前	終了回	フォロー (終了後1年以内に2回まで)
時間 ※目安	60分以上	40分～60分未満		60分以上	40分～60分未満	
実 施 用 者 に 関 する こ と	●生活機能及び運動機能等についての初回評価 ●生活動作、栄養、口腔機能等についての問診 ●その他	●「セルフマネジメントシート」の作成、指導 ●運動機能向上など必要なプログラムの実施	●「セルフマネジメントシート」を活用した動機づけ面談(訪問日以外の6日間の過ごし方と課題を話し合う。) ●運動機能向上など必要なプログラムの実施(徒手的なリハビリは行わない) ※目標達成に向けた屋外での移動・活動支援等を行う場合は60分以上可	●生活機能及び運動機能等についての終了時評価 ※他は、3～10回目と同様	●今後の生活に関する動機づけ面談 ※他は、3～10回目と同様	●生活機能及び運動機能等についての評価(開始・終了時と同じ) ●元気アップ手帳を活用した動機づけ面談 ※1回目は終了後概ね3か月時点を実施の目安とする。

4 機能評価および実施・実績報告について

① サービス開始時

・初回に、運動機能評価(P. 13参照)及び記述式評価(参考資料3、4)についての初回評価を実施し、すみやかに「実施計画書(様式 1)」の写しを市及び担当ケアマネジャー等に提出してください。

② 実施月の翌月10日まで

・「委託料報告書、請求書」を市に提出してください。フォローアップ事業も請求可。

※委託料は、1回あたり 40～60 分:8,200 円、60分以上:9,700 円、

口腔・栄養指導加算:3,000 円、地域資源連携加算 5,000 円

③ 事業終了後すみやかに

・「評価報告書(様式5)」を市及び担当ケアマネジャー等に提出してください。フォローアップ事業を実施した場合は、「フォロー報告書(様式6)」を市及び担当ケアマネジャー等に提出してください。

【運動機能評価の方法】**① 握力**

左右 2 回ずつ測定し、良い数値を結果とする。計器が身体に触れないように測定を行う。

② 開眼片足立ち

合図で片足立ちとなり、次の状態が発生するまでの時間(秒)を測定する。

- 1) 支柱脚が踏み直った（位置がずれた）とき。
- 2) 浮かせた足が床についたとき。

※注意：測定者は対象者のそばに立ち、安全を確保する。測定時間は 60 秒以内とし、2 回計測して良い方を記録する。

③ CS30（30 秒椅子立ち上がり回数）

椅子に着座し、両手を胸の前で組み、30 秒間で起立～着座を繰り返し高い数を記録する。股関節や膝関節が完全進展しているかに注意。完全に立ち上がっていない回数は結果から減ずる。

サービス利用に関すること

Q.1	認知症、MCI、パーキンソン病の方にサービスを勧めてもいいですか？	要支援1・2、事業対象者の方であれば、どのような方でもよいです。 ただし、病状が不安定な方、リスクを伴う可能性がある方は、事業者に事前相談が必要です。
Q.2	ランチ、サテライトからの提案も受けられますか？	はい。 該当しそうな方であれば、事業者にご相談ください。
Q.3	居宅介護支援事業所へ委託できますか？	いいえ。 令和7年9月現在、地域包括支援センターのみです。
Q.4	利用者の個人負担はありますか？	サービス利用についての個人負担はありません。 ただし、通常の事業の実施地域以外の地域に訪問する場合の交通費等の実費をご負担いただくことがあります。
Q.5	サービス提供事業所はどのような事業所が実施可能ですか？	サービス提供事業所は、①県の訪問リハビリテーション提供施設として指定を受けている事業所もしくは②周南市で通所型サービス・活動Cを実施している事業所が実施可能です。申請は随時募集中です。
Q.6	サービス・活動C 利用時にデイサービスやヘルパーは併用可能ですか？	基本的に想定していませんが、デイサービスは目的が明確であれば可能です。
Q.7	サービス・活動C 利用待機者がデイサービスを利用していいですか？	利用待機者に対しては、「活動記録(資料5)」等を活用し、待機中に取り組むことを一緒に考えましょう。 訪問し、アドバイスをを行った場合、ケアマネジメントBで請求可能です。
Q.8	サービス・活動C 利用中に要介護認定となった場合の対応は？	サービス・活動C のみ利用中の場合、認定が判明した月の月末まで、事業対象者として取り扱うことが可能です。 その場合、担当ケアマネジャー等は必ず市に連絡してください。
Q.9	手帳はいつもらえますか？	市が印刷した手帳を事業所に配布していますので、初回の利用の際等に事業所から利用者へ渡してください。 事業者は、手帳の在庫が無くなった場合、市に連絡してください。

サービス利用中のケアマネジメントに関すること

Q.10	サービス・活動C利用に係るケアマネジメント費の請求は、どのタイミングから可能ですか？	ケアマネジメント費(ケアマネジメントA)請求のタイミングは、「サービス利用開始日」からです。 事業者がサービス担当者会議・契約と同日に初回の訪問を行った場合、その日を「サービス利用開始日」とします。
Q.11	全12回の利用なので、月の途中から始めた場合、4か月にわたることもあります。ケアマネジメントAの請求は4回できますか？	はい。利用期間に応じて、モニタリングをした場合に請求してください。
Q.12	現在、福祉用具を利用中の方が新たにサービス・活動Cを利用開始した場合のケアマネジメント費は？	国保連にのみ、介護予防支援費を請求してください。 市にケアマネジメント費を請求した場合、2重請求したことになりますので、請求を取り下げいただきます。
Q.13	すでに、通所型サービス・活動A等を利用し、ケアマネジメントBで請求をしている方が、サービス・活動Cを利用した場合、ケアマネジメントAとBの両方で請求可能ですか？	いいえ。 サービス・活動C利用開始後は、ケアマネジメントAで請求してください。 月が異なれば、どちらも市に請求可能です。
Q.14	「評価訪問」は毎月の訪問モニタリングの1回に含めていいですか？	はい。 評価訪問は、サービス利用回数11回目の辺りで行います。評価訪問後、終了前会議を行います。

評価報告書に関すること

Q.15	報告書はどのタイミングで提出すれば良いですか？	利用終了月の翌月10日までに市及び担当ケアマネジャー等に提出してください。 加算がある場合、請求書と併せて確認を行うため、遅れのないようにしてください。
Q.16	途中終了となった場合でも、提出は必要ですか？	途中終了した場合、事業の参考にさせていただくため、可能な範囲で報告書を記入し、提出してください。 死亡により終了となった場合、報告書の提出は求めませんが、実施計画書は通常通り提出してください。
Q.17	サービス終了後、そのまま同一事業所で訪問サービスを利用する場合、評価報告書に理由が必要なのはなぜですか？	総合事業の従前相当サービスを利用するのは、「進行性疾患や病態が安定しない者など」が想定されています。サービス・活動Cは、そのような方を対象としていないため、医学的な支援が必要な訪問リハを利用する場合、評価報告書に理由の記載を求めることとします。(令和7年4月～)

口腔・栄養指導加算に関すること

Q.18	どのような時に算定できるのですか？	専門職(管理栄養士、歯科衛生士、言語聴覚士等)が利用者宅に訪問し、個別指導を行った場合に算定可能です。
Q.19	回数の制限はありますか？	回数の制限はありません。
Q.20	どのように請求すればいいのですか？	利用終了後、翌月10日までに、「委託料報告書、請求書」により請求してください。 その際、口腔・栄養指導加算報告書に実施日や実施内容等を記入してください。

地域資源連携加算に関すること

Q.21	どのような時に算定できるのですか？	サービス・活動 C 利用終了後、通所や訪問などの介護サービス(※)を利用せず、地域資源(通いの場、趣味活動等)につなげた場合に、終了時1回のみ(5,000 円)算定可能です。いわゆる卒業加算。 ※福祉用具及び訪問看護サービスを利用している場合は、介護サービスを利用している要件に含まない。 ※加算は1年ごとに実施の可否を決定します。
Q.22	途中終了となった場合、算定できますか？	早期の目標達成による途中終了等、当初の目標を達成したうえで、開始前後の測定を行っている場合、算定可能です。(＝評価報告書を漏れなく記入出来れば算定可)
Q.23	どのように請求すればいいのですか？	利用終了後、翌月10日までに、「委託料報告書、請求書」により請求してください。

利用終了後(フォローアップ事業、モニタリング)に関すること

Q.24	フォローアップを行うかどうか、いつ決めたらいいのですか？	事業者は、終了前までに担当ケアマネジャー等とフォローの必要性について協議し、「終了前会議」において本人の希望も聞いた上で、1 回目のフォローの時期を決定してください。 終了前会議で決定していない場合も、担当ケアマネジャー等のモニタリング状況等で必要と思われる場合は、事業者に伝え、日程調整してください。
Q.25	フォローアップを行う時期について、目安は 3 カ月/半年後となっていますが、2 カ月経っていても可能ですか？	可能です。 利用終了後、1年以内であれば、時期は問いません。 ご本人の状態等に基づき、行ってください。
Q.26	フォローアップは、事業所での実施ですか？利用者の自宅で実施可能ですか？	フォローアップは、事業所で実施し、測定及び評価は必ず行ってください。 どうしても事業所での実施が難しい場合は、利用者宅で同行訪問として対応できる場合があるので、市に相談してください。 (同行訪問の場合、1回5,500円となります)

Q.27	「フォロー報告書(様式6)」について、測定項目は全て実施できなくても良いですか？	全て実施できなくても構いません。 その場合でも、評価は必ず行い、報告書を市と包括へ提出してください。
Q.28	フォローアップの請求はいつ行えばいいですか？	フォロー終了後、翌月10日までに、「委託料報告書、請求書」により請求してください。 通常利用の請求書と一緒に構いません。
Q.29	サービス終了後、目標達成のため、3カ月間限定で訪問リハを利用した場合、フォローアップ事業やモニタリング(ケアマネジメント B)の対象になりますか？	訪問リハが終了後、他の介護サービスを利用していなければ、フォローアップ事業の活用及びケアマネジメント B の請求はどちらも可能。 ただし、対象期間はサービス・活動 C が終了してから1年以内です。(訪問リハ終了後ではない)
Q.30	サービス終了後のモニタリングについて、電話で状況確認した場合、請求は可能ですか。	訪問した場合のみ、請求してください。
Q.31	サービス終了後のモニタリングについて、途中終了した人もケアマネジメント B の請求は可能か。	途中終了した方のケアマネジメント費の請求については、市にご相談ください。 原則、早期目標達成による途中終了、やむを得ない事情による途中終了等であれば算定可能で、自己都合での途中終了の場合は算定不可です。
Q.32	サービス・活動Cを利用後、再度利用してもいいのですか？	原則、再利用はできません。



【様式】

区 分	名 称	市への提出	担当ケアマネ ジャーへの提出	提出時期
様式1	訪問型短期集中予防サービス 実施計画書	○	○	計画作成後すみやかに
様式2	訪問型短期集中予防サービス 基本情報シート	—	—	—
様式3	訪問型短期集中予防サービス ケース記録	—	—	—
様式4	訪問型短期集中予防サービス セルフマネジメントシート	—	○	各回終了後
様式5	訪問型短期集中予防サービス 評価報告書	○	○	終了後すみやかに
様式6	訪問型短期集中予防サービス フォロー報告書	○	○	終了後すみやかに

【別冊(本人配布用)】

名 称	使用時期
元気アップ手帳(サービス・活動 C 利用者専用 介護予防手帳) 様式4:セルフマネジメントシート 12 回分含む	サービス開始時～ 終了後 3 か月間まで使用可

【参考資料】

区 分	名 称	実施時期
資料1	説明リーフレット 「要支援者・事業対象者のみなさまへ」	
資料2	興味・関心チェックシート	
資料3	老健式活動能力指標	開始時・終了・フォロー時
資料4	老年期うつ病評価尺度(GDS)	開始時・終了・フォロー時
資料5	活動記録	開始前・モニタリング時

[illegible]

頁 1 / 4
 No. _____ / _____

周南市訪問型短期集中予防サービス_セルフマネジメントシート				
氏名		目指したい3か月後の生活(目標)		そのために【 月に3週間かけて 】頑張ること

目標達成のために、自宅で、自分で、毎日取り組むこと (=セルフマネジメント)				
日付	曜日	サービス利用	体験	
				1
				2
				3
				4
				できたこと・できなかったこと
				自決・感想

目標日数・水準 >>>

月	日			
月	日			
月	日			
月	日			
月	日			
月	日			
月	日			
月	日			

ご質問・コメント欄	ご本人・ファミリー(ご関係先)より書いて	事業所からのメッセージ・アドバイス
-----------	----------------------	-------------------

※備考欄

周南市訪問型短期集中予防サービス 評価報告書						
フリガナ		事業所名		生 年 月 日		担当CM等
氏 名		様		大・昭 年 月 日 (歳)		
		開 始 前		開 始 後		
実 施 日		年 月 日		年 月 日		
身長・体重・BMI		cm kg ・		cm kg ・		
体 力 測 定	握力（左右）	右 kg	左 kg	右 kg	左 kg	
	開眼片足立ち（左右）	右 秒	左 秒	右 秒	左 秒	
	C S - 30	回		回		
記 述 式 評 価	主観的健康観(※1)	1・2・3・4・5・6		1・2・3・4・5・6		
	老研式活動能力指標	点		点		
	GDS	点		点		
	その他 ()					
栄養・食生活について						
口腔について		☐ 説明 ☐ 指導		☐ 両考		

インフォーマル (活動・参加・役割)			
介護保険 サービス	もともと利用 期間中開始 終了後予定	地域資源 連携加算※ (事業所で記入)	

この報告書は、翌月10日までに、地域福祉課に提出してください。

		事業所名					
氏名	様		大・昭		年	月	日生 (歳)
			前 回		フォロー時		
実 施 日			年 月 日		年 月 日		
身長・体重・BMI			cm kg ・		cm kg ・		
体 力 測 定	握力(左右)	右 kg	左 kg	右 kg	左 kg		
	開眼片足立ち(左右)	右 秒	左 秒	右 秒	左 秒		
	C S - 30	回			回		
	主観的健康観(※1)	1・2・3・4・5・6			1・2・3・4・5・6		
記 述 式 評 価	老研式活動能力指標	点			点		
	GDS	点			点		
	その他 ()						

●モニタリング時の視点や配慮をお願いしたいこと(事業所→包括)

【資料1】説明リーフレット

要支援者・事業対象者のみなさまへ

要支援者、事業対象者のみなさまへ

周南市地域福祉課・高齢者支援課、地域包括支援センター

『要支援者』、『事業対象者』のかたは、介護予防のための支援や改善に取り組むことで、**介護予防できる可能性の高い状態**といえます。
これからは、「できなくなっていること」を補うだけでなく、なじみの環境の中で、「できていること」を続け、「したいこと」が実現できるような自分らしい暮らしをめざすことが大切です。ケアマネジャーは様々な関係者とともに、対応策を検討し支援しますが、**取り組む主役は、あなた自身**です。
持っている力を最大限に発揮し、希望と意欲をもって自立した日常生活をめざしましょう。

様	○ケアマネジャー、サービス事業所
が取り組むこと	が支援すること
目標を決める ●体の状況や困っていること以外にも、生活の「はりあい」や「楽しみ」、大切にしている付き合い、興味や関心のあること（裏面を参照）を教えてください。 ●望む生活を段階的に実現していくために、「目標」がとても大切です。「したいこと」や「続けたいこと」に着目し、ケアマネジャーとよく話し合って決めましょう。 以前、友達とよく行っていた近所の喫茶店に、また行きたいなあ。	○維持・改善すべき課題を把握し、適切な目標を設定するために、聞き取りや確認をおこないます。 ○心身の状況や意向を踏まえた具体的な「目標」を共に考えます。介護予防のために取り組めそうな活動や、活用できる社会資源について一緒に検討し、介護予防ケアプランを作成します。
取組むこと ●家事や日課など、自分のできることは積極的にいきましょう。1日の目標に沿って、できるだけ活動的な生活をおくりましょう。 ●目標を意識してリハビリに取り組むなどサービスは主体的に利用しましょう。	○サービス事業者等と情報共有をしながら、チームで支援します。 ○よりよいケアプランとなるよう、地域ケア会議で、専門職間で検討させていただくことがあります。
終了 ●最終目標が達成したら、サービスは終了し卒業（自立）します。	○最終目標を達成するまでは、状況に応じて目標やプランを見直しながら支援します。

【資料2】興味・関心チェックシート(手帳より)

自分のしていることや興味の確認

あなたが普段行っていることやしてみたいことなどを確認しましょう。
当てはまるものに○をつけてください。

令和 年 月 日 時点

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
好きなときに眠る				書道・習字			
掃除・整理整頓				絵を描く・絵手紙			
料理を作る				パソコン・ワープロ			
買い物				写真			
家や庭の手入れ・世話				映画・観劇・演奏会			
洗濯・洗濯物たたみ				お茶・お花			
自転車・車の運転				歌を歌う・カラオケ			
電車・バスでの外出				音楽を聴く・楽器演奏			
孫・子供の世話				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
動物の世話				体操・運動			
友達とおしゃべり・遊ぶ				散歩			
家族・親戚との団らん				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
デート・異性との交流				ダンス・踊り			
居酒屋に行く				野球・相撲等観戦			
ボランティア				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
地域活動（町内会・老人クラブ）				編み物			
お祭り・宗教活動				針仕事			
生涯学習・歴史				畑仕事			
読書				賞金を伴う仕事			
俳句				旅行・温泉			
()				()			
()				()			

厚生労働省定時様式を一部改変



これから「してみたい」ことが見つかるかも！

【資料3】老年期うつ病尺度(GDS)

【資料4】老健式活動能力指標（手帳より）

老研式活動能力指標

実施日：令和 年 月 日

質問	(1点)	(0点)
1 バスや電車を使って1人で外出できますか	はい	いいえ
2 日用品の買い物ができますか	はい	いいえ
3 自分で食事の用意ができますか	はい	いいえ
4 請求書の支払いができますか	はい	いいえ
5 銀行預金・郵便物の出し入れが自分でできますか	はい	いいえ
6 年金などの書類が書けますか	はい	いいえ
7 新聞を読んでいますか	はい	いいえ
8 本や雑誌を読んでいますか	はい	いいえ
9 健康についての記事や番組に関心がありますか	はい	いいえ
10 友だちの家を訪ねることがあります	はい	いいえ
11 家族や友だちの相談にのることがあります	はい	いいえ
12 病人を見舞うことができますか	はい	いいえ
13 若い人に自分から話しかけることがありますか	はい	いいえ

合計： 点

GDS

実施日：令和 年 月 日

質問	(1点)	(0点)
1 毎日の生活に満足していますか	はい	いいえ
2 毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい	いいえ
3 生活が空虚だと思いませんか	はい	いいえ
4 毎日が退屈だと思うことが多いですか	はい	いいえ
5 たいへん健康よく過ごすことが多いですか	はい	いいえ
6 将来の突然とした不安に悩まされることが多いですか	はい	いいえ
7 多くの場合は自分が幸福だと思いますか	はい	いいえ
8 自分が無力だと思うことが多いですか	はい	いいえ
9 外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思いますか	はい	いいえ
10 何よりもまず、物忘れが気になりますか	はい	いいえ
11 今生きていることが素晴らしいと思いますか	はい	いいえ
12 生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい	いいえ
13 自分が活気にあふれていると思いますか	はい	いいえ
14 希望がないと思うことがありますか	はい	いいえ
15 まわりの人があなたより幸せそうにみえますか	はい	いいえ

合計： 点

【資料5】活動記録(手帳より)

活動記録【月】	1	2	3	4	5	6	7
1	1	2	3	4	5	6	7
2	8	9	10	11	12	13	14
3	15	16	17	18	19	20	21
4	22	23	24	25	26	27	28
5	29	30	31				

今日の活動記録を記入する欄です。お名前を記入し、活動記録を記入してください。

・「1」から「5」までの数字を記入し、1日の活動記録を記入してください。

・「1」から「5」までの数字を記入し、1日の活動記録を記入してください。