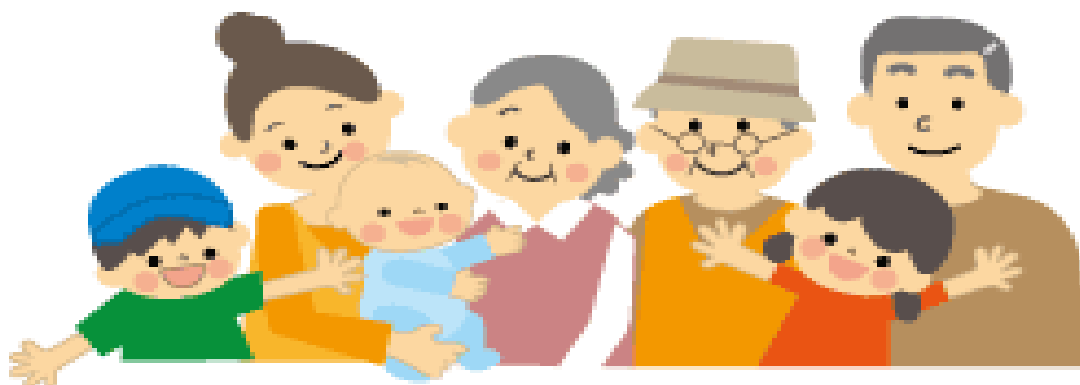


西尾市
介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防マネジメントマニュアル



令和6年4月

西尾市 健康福祉部 長寿課

目次

1	事業内容	P 1
2	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	
3	実施主体（実施担当者）	
4	介護予防ケアマネジメントの類型と実施の手順・様式	P 2
5	留意事項	P 5
	（１）有効期限について	
	（２）様式の提出先	
	（３）介護予防ケアマネジメントの届け出のタイミング	
	（４）サービス利用の詳細	

様式	P 13
相談受付シート	（様式 1）
基本チェックリスト	（様式 2）
興味・関心チェックシート	（様式 3）
利用者基本情報	（様式 4）
介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表）	（様式 5）
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	（様式 6）
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	（様式 7）
介護予防サービス・支援計画表	（様式 8）

資料	P 25
西尾市地域支援事業について	
西尾市地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の構図	（図 1）
介護予防・生活支援サービス事業	（表 1）
一般介護予防事業	（表 2）
西尾市総合事業のサービス組み合わせ表	（表 3）

総合事業 Q & A

1 事業内容

「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）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）（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した人（以下「事業対象者」という。）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、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事業です。

2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることを防ぐ（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」ために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ものであり、従来のケアマネジメントのプロセスに基づくものです。このため、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標達成できるよう、介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

3 実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する地区の地域包括支援センター・委託を受けた居宅介護支援事業所が実施します。ただし小規模多機能型居宅介護の利用者はこの限りではありません。

令和6年4月法改正により、継続利用要介護者については、サービスA（いきいきサービス・くつろぎサロン・ミニデイサービス・緩和型通所サービス）を利用できることになり、居宅介護支援事業所が実施できます。

4 介護予防ケアマネジメントの類型と実施の手順・様式

(1) 類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、以下の類型とします。

類型	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)	ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメント)	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)
対象	サービス事業指定を受けた事業所のサービスを利用する場合、その他地域包括支援センターが必要と判断した場合。	A又はC以外のケースでケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業者以外の多様なサービスを利用する場合等）。	事業実施主体が主に評価を行っているサービスを利用する場合（市からの委託、市直営のサービス）。
対象事業	現行相当サービス（訪問・通所） 元気アップリハビリ教室	緩和型訪問サービスA 緩和型通所サービスA ミニデイサービス	ころばん教室 かむかむ訪問・栄養訪問 いきいきサービス くつろぎサロン
実施手順	ア 介護予防ケアマネジメント対象要件の確認 イ 介護予防ケアマネジメント利用の手続き ウ アセスメント（課題分析） エ ケアプランの原案（ケアマネジメント結果）作成		
	オ サービス担当者会議（ケアマネジメントBの一部を除く）		—
必要書類	カ 利用者への説明・同意 キ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付） ク サービス利用開始 ケ モニタリング コ 評価		カ 利用者への説明・同意 キ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付） ク サービス利用開始
	初回時	相談受付シート（様式1） 基本チェックリスト（様式2） 興味関心チェックシート（様式3） 利用者基本情報（様式4） 介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表）（様式5） 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式6）	事業利用申請書 基本チェックリスト（様式2） 興味関心チェックシート（様式3） 利用者基本情報（様式4に本人の同意のサインの入ったもの） 介護予防サービス・支援計画表（様式8）
	評価時	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（様式7）	—
	（プランの見直し） 更新時	基本チェックリスト（様式2） 興味関心チェックシート（様式3） 利用者基本情報（様式4）必要に応じて追記 介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表）（様式5） 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式6）	—

初回のみケアマネジメントを行う場合は、サービス事業の利用の前に利用者及びサービス提供者とケアマネジメント結果等を共有することにより、ケアプランの作成に代えることもできる。

(2) 介護予防ケアマネジメントの実施の手順

ア 介護予防ケアマネジメント対象要件の確認

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援者であること又は事業対象者として市に登録されることが必要。

イ 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

- (ア) 地域包括支援センターの運営規程等を説明し、利用者の同意を得る。(契約)
- (イ) 市へ介護予防ケアマネジメント依頼届出の提出をする。

ウ アセスメント(課題分析)

- (ア) 利用者の自宅に訪問して本人(家族含む。)との面接による聴き取り等を通じて行う。
- (イ) 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」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、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」というような目標を設定する。
- (ウ) プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

エ ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

<目標の設定>

- (ア) 生活の目標については、心身機能の改善だけを目指すのではなく、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」を目指すものであること。
- (イ) 利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現とすること。
- (ウ) 計画的に定めた実施期間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とすること。

<利用するサービス内容の選択>

- (ア) 利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、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、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。
- (イ) 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。

<実施期間、モニタリングの実施間隔等>

- (ア) 利用者によく相談しながら設定しケアプラン全体を作成する。
- (イ) 利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案(ケアマネジメント結果表)の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)全体を作成する。

オ サービス担当者会議（ケアマネジメントBの一部・ケアマネジメントCを除く。）

- （ア）ケアマネジメントA、Bにおいて実施する。
- （イ）ケアマネジメントBにおいては、サービス担当者会議を省略する場合も想定しているが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要である。

カ 利用者への説明・同意

キ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- （ア）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、利用者及び家族に説明し同意を得る。
- （イ）本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施者にする。
- （ウ）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する。

ク サービス利用開始

ケ モニタリング（ケアマネジメントBの一部・ケアマネジメントCを除く。）

＜ケアマネジメントA＞

- （ア）介護予防支援と同様に、少なくとも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ときには、訪問して面接する。
- （イ）利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
- （ウ）訪問での面接を実施しない月は、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

＜ケアマネジメントB＞

利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。

コ 評価（ケアマネジメントCを除く。）

ケアマネジメントA、Bについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

(3) ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

プロセス	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	○
サービス担当者会議	○	△	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○) ケアマネジメント結果
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング・評価	○	△	—

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

5 留意事項

(1) 有効期限について

未認定者 ⇒ 事業対象者（新規）	基本チェックリスト実施日から1年間
要介護認定者 要支援認定者 ⇒ 事業対象者（更新） 事業対象者	認定等の有効期限終了日の次の日から1年間
事業対象者 ⇒ 要支援（要介護）認定者	要支援（要介護）認定日の前日まで

(2) 様式の提出先

ア 事業対象者がサービスを利用する時（1年更新）

サービス	利用	提出書類	提出先
事業対象者として利用するサービスすべて	新規	申請書 基本チェックリスト（様式2） 介護予防ケアマネジメント届出書（黄）	長寿課 認定担当
	更新	基本チェックリスト（様式2）	

イ その他、下記サービスを使用する時（アとは別に提出）

サービス	提出書類	提出先
① 一色いきいきサービス ② 幡豆いきいきサービス	各申請書（訪問除く。初回のみ。） 基本チェックリスト（様式2） 利用者基本情報（様式4） 介護予防サービス・支援計画表（様式8）	① 社協一色支所 ② 社協幡豆支所
くつろぎサロン		仁医会
ころばん教室 かむかむ訪問・栄養訪問		長寿課 地域支援事業担当

(3) 介護予防ケアマネジメントの届け出のタイミング

届出のタイミング	介護予防サービス 計画作成・ケアマ ネジメント依頼届	理由
介護給付利用→予防給付利用 (要介護→要支援)	必要	計画作成を居宅介護支援事業 所から地域包括支援センター へ変更するため
介護給付利用→サービス事業のみ利用 (要介護→要支援・事業対象者)	必要	計画作成を居宅介護支援事業 所から地域包括支援センター へ変更するため
予防給付→サービス事業のみ利用 (要支援→要支援)	※不要	計画作成は地域包括支援セン ターで変更がないため
要支援者→事業対象者(認定更新せず)	必要	要支援から事業対象者として 登録するため
地域包括支援センターから居宅介護支援事 業所へケアマネジメントを委託した場合	必要	委託先の居宅介護支援事業所 を登録するため

(4) サービス利用の詳細

ア 利用サービスによるケアプランの種類

利用サービス	ケアプランの種類
予防給付のみ必要な人	介護予防サービス計画
予防給付と総合事業が必要な人	介護予防サービス計画
総合事業のみ必要な人	介護予防ケアマネジメント

イ 要介護認定を申請し、介護予防・生活支援サービスを暫定利用する場合

- (ア) 基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービスを利用できる。
- (イ) 認定結果が「要介護1以上」となった場合は、介護給付によるサービスの利用開始までは、総合事業による介護予防・生活支援サービスの利用を継続できる。
 ※要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡を取り、給付管理を行う。
- (ウ) 要介護認定のいわゆる暫定プランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して介護予防・生活支援サービスの利用は利用できない。

ウ 介護予防・生活支援サービスの併用の可否（表3 総合事業サービス組み合わせ表）
サービスを併用する場合は、1回あたりの単価とサービスコードを使用して下さい。

エ 現行相当サービス利用回数と単位数

（ア）訪問サービス

介護度	利用回数等	単位数／月
要支援1・2	1回／週の利用程度	1,176 単位／月
要支援2	2回／週の利用程度	2,349 単位／月
	2回／週を超える利用	3,727 単位／月

（イ）通所サービス

介護度	利用回数等	単位数／月
要支援1・2	1回／週の利用程度	1,798 単位／月
要支援2	2回／週の利用程度	3,621 単位／月

事業対象者は現行相当訪問サービス・通所サービスの対象としません。

オ 緩和サービス利用回数と報酬額

（ア）訪問サービス

介護度	利用回数等	報酬額
事業対象者 要支援1・2	1回／週の利用程度	週1回の報酬額
要支援2	2回／週の利用程度	週2回の報酬額

（イ）通所サービス（緩和型通所、ミニデイサービス）

介護度	利用回数等	報酬額
事業対象者 要支援1・2	1回／週の利用程度	週1回の報酬額
要支援2	2回／週の利用程度	週2回の報酬額

緩和サービスの利用回数は事業対象者・要支援1が週1回、要支援2が週1～2回です。

カ 支給限度額基準単位

利用者区分	サービス利用パターン例		ケアマネジメント費等の区分	支給限度基準単位
事業対象者	訪問介護のみ		介護予防ケアマネジメント費	5,032 単位
	通所介護のみ			
	通所介護と訪問介護			
要支援 1	予防給付のみ		介護予防支援費	5,032 単位
	予防給付と	訪問介護		
		通所介護		
	通所介護と訪問介護のみ		介護予防ケアマネジメント費	
要支援 2	予防給付のみ		介護予防支援費	10,531 単位
	予防給付と	訪問介護		
		通所介護		
	通所介護と訪問介護のみ		介護予防ケアマネジメント費	

キ 報酬（単価、加算）支払い

（ア） 単価及び加算

類型	利用サービス	利用者	報酬
ケアマネジメント A	現行相当サービス 元気アップリハビリ教室	要支援 （事業対象者は元 気アップリハビリ 教室のみ利用可）	442 単位 ＋初回加算 300 単位
ケアマネジメント B	緩和型訪問サービス A 緩和型通所サービス A （ミニデイサービス）	要支援者 事業対象者	332 単位 ＋初回加算 300 単位
ケアマネジメント C	ころばん教室 かむかむ訪問 栄養訪問 いきいきサービス くつろぎサロン		205 単位 （初回のみ算定）

(イ) 初回加算

a 対象事業所

緩和型通所サービス（A型）（いきいきサービス・くつろぎサロンを除く。）

b 内 容

緩和型通所サービスの利用者が当該サービスの利用に頼らずとも地域の通いの場（一般介護予防事業、地域のサロン、趣味活動の場など）に継続的（週1回以上が目安）に参加することにより、住み慣れた地域で生きがいを持った生活が送れると認められ、サービス利用を満了した場合に、最後のサービス利用月に算定すること。（期間の定めなし）算定に当たっては市に「元気加算の算定届出書」を提出する。元気加算の給付率は10割とする。（利用者の自己負担は発生しない。）

委託連携加算	300 単位／月
元気加算	1,000 単位／月

c 次の場合は、現行の指定介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

(a) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か月以上経過した後介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）

(b) 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定期間の満了の翌日からサービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定はできません。

ク サービス事業のみ利用した場合のケアマネジメント費の例

サービス提供開始の翌月から3か月を1クールとしたときの考え方

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3か月後)
原則的な ケアマネジメント	作成あり	指定事業者 のサービス	サービス 担当者会議	○	×	×	○
			モニタリ ング等	—	○(※1)	○(※1)	○ (面接による) (※1)
			報酬	基本報酬 +初回加算 (※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型C・ 通所型Cサ ービス	サービス 担当者会議	○	×	×	○
			モニタリ ング等	—	○	○	○
			報酬	基本報酬 +初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
簡略化した ケアマネジメント		その他 (居宅・補助) のサービス	サービス 担当者会議	△ 必要時開催	×	×	×
			モニタリ ング等	—	×	×	△ (必要時実施)
			報酬	(基本報酬-X-Y) +初回加算 (※3)	基本報酬- X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y
初回のみ のケアメン ジメント	作成なし (ケアメン ジメント 結果の通 知)	その他 (居宅・補助) のサービス	サービス 担当者会議	×	×	×	×
			モニタリ ング等	—	×	×	×
			報酬	(基本加算+初回 加算)をふまえた 単価(※4)	×	×	×
		一般介護予 防・民間事 業のみ	サービス 担当者会議	×	×	×	×
			モニタリ ング等	—	×	×	×
			報酬	(基本加算+初回 加算)をふまえた 単価(※4)	×	×	×

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理表の作成が必要

(※2) 基本報酬：予防給付の単価をふまえた単価を設定

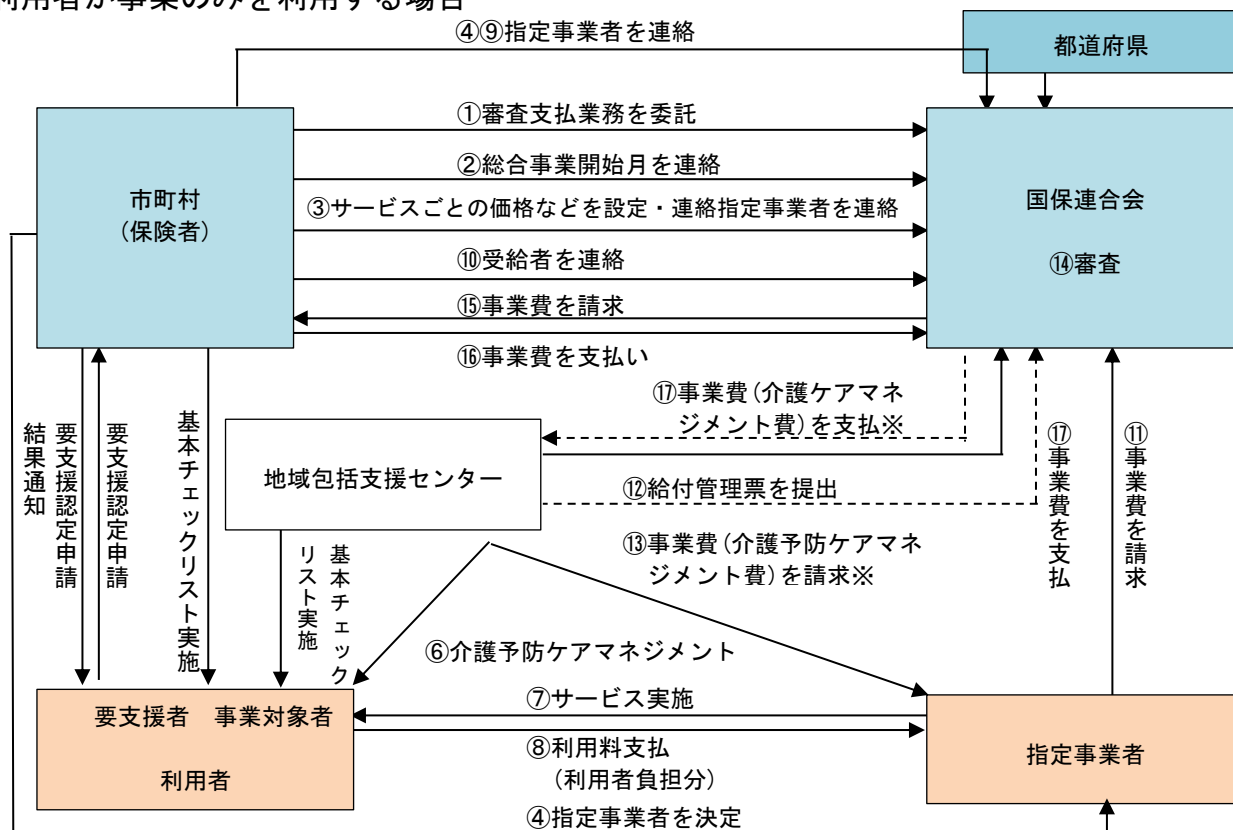
(※3) X：サービス担当者会議実施分相当単位 Y：モニタリング実施分相当単位

(※4) 2月目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しない事を考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価をふまえた単価

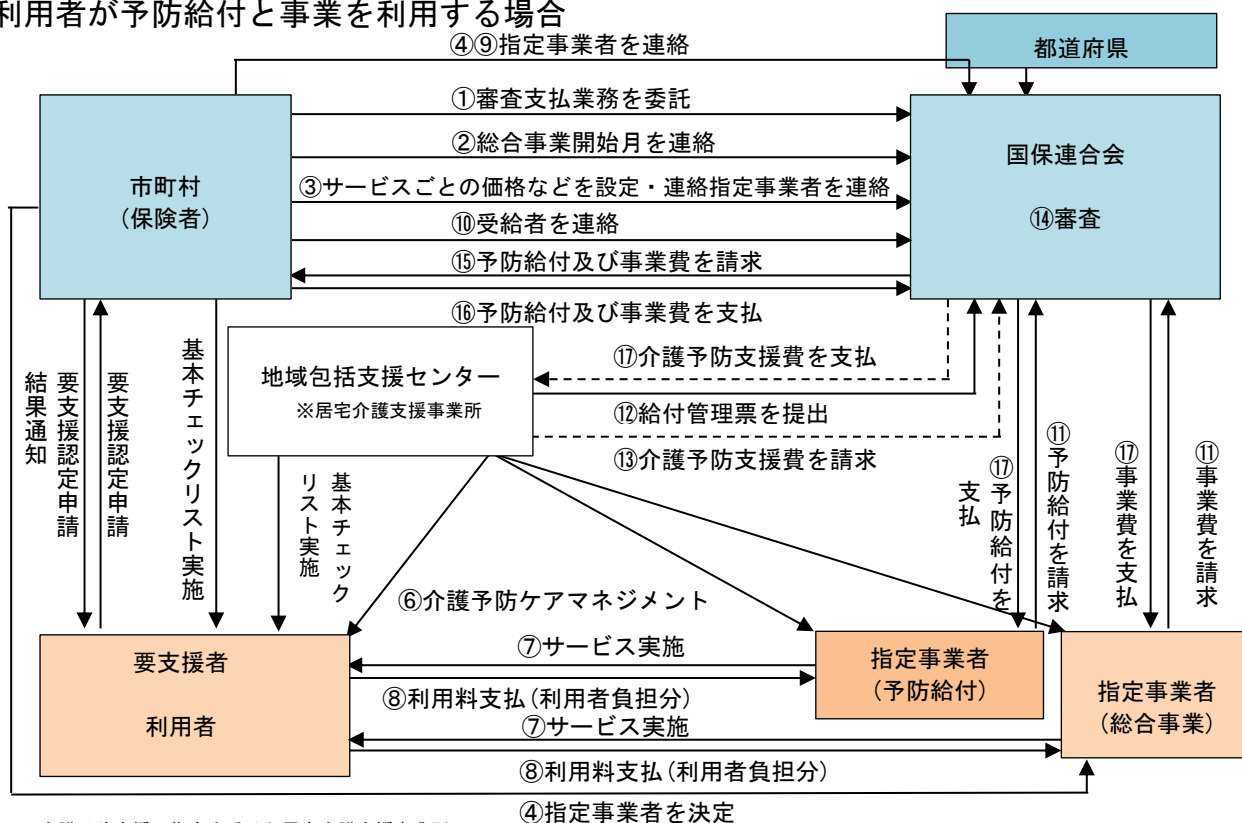
ケ 請求までの流れ

(ア) 請求から支払いについて

a 利用者が事業のみを利用する場合



b 利用者が予防給付と事業を利用する場合



介護予防ケアマネジメント費は国保連合会から支払われるため、サービス提供月の翌月 10 日までに専用ソフトに入力した請求情報を地域包括支援センターから国保連合会へ提出します。ただし、委託先介護支援事業所への原案作成委託料の支払い（共同処理）は独自システムにより行います。

（イ） 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支援	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 事業分は、事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支援	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給

（ウ） 単価及びサービスコード（コード表は西尾市ホームページを参照）

区 分	事業所種類	サービスコード
訪問型サービス	介護予防訪問介護の指定を受けた事業者が請求するサービス種類（独自）	A2
	市が独自の内容を規定するサービス種類 利用者負担は定率（独自/定率）	A3
通所型サービス	介護予防通所介護の指定を受けた事業者（独自）	A6
	市が独自の内容を規定するサービス種類 利用者負担は定率（独自/定率）	A7
	市が独自の内容を規定するサービス種類 利用者負担は定額（独自/定額）	A8

様式

相談受付シート

記入日： 年 月 日

どなたのご相談ですか？（ 本人 ・ 家族 ・ その他 ）

対象者氏名			
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日	年齢	歳

窓口に来所された方の氏名		対象者の方と のご関係	
--------------	--	----------------	--

1：現在、介護認定を受けていますか？ 受けていない 受けている

2：現在、在宅で生活していますか？入院中ですか？ 在宅 入院中

3：生活状況について

①基本チェックリスト

②要介護認定

歩行	歩けますか？	できる・つかまれば可	できない
更衣	着替えができますか？	できる・一部手助けが必要	できない
清潔	1人でお風呂に入れますか？	できる	できない
食事	1人で食事ができますか？	できる	できない
もの忘れにより日常生活に支障がありますか？		ない	ある

4：使いたいサービスがありますか？

通所介護（デイサービス）	通所リハビリ
訪問介護（ホームヘルプ）	訪問看護
	福祉用具
	短期入所生活介護 （ショートステイ）
	住宅改修
	施設入所

※①と②の両方に該当した場合は②へ

西尾市 基本チェックリスト

担当包括

フリガナ				被保険者番号			
氏 名				性別	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日
住 所				電話番号	()		

記入日: 年 月 日 ()

介護予防・生活支援サービス事業

該当・非該当

NO.	質問項目	回答 (どちらかに○印)				※一次判定
生活全般	1 バスや電車で一人で外出していますか 自分で車を運転して外出している場合も含まれます	0	はい	1	いいえ	① 1～20のうち 10個 ☐
	2 日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要なものが買えていますか	0	はい	1	いいえ	
	3 貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きを含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0	はい	1	いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚への家の訪問は含みません	0	はい	1	いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談も含まれます	0	はい	1	いいえ	
運動	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使う程度であれば「はい」、能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0	はい	1	いいえ	② 運動のうち 3個 ☐
	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 時々使う程度であれば「はい」とします	0	はい	1	いいえ	
	8 15分くらい続けて歩いていますか 屋内、屋外の場所は問いません	0	はい	1	いいえ	
	9 この一年間に転んだことがありますか 転倒したかどうかお答えください	1	はい	0	いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか ご自分の感じでお答えください	1	はい	0	いいえ	
栄養	11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか 6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	③ 栄養の2個 全部 ☐
	12 現在の身長()cm 体重()kg BMI=() BMI= 体重kg ÷ (身長m × 身長m)	1	18.5 未満	0	18.5 以上	
歯・口	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	④ 歯・口のうち 2個 ☐
	14 お茶や汁物などでむせることがありますか	1	はい	0	いいえ	
	15 口の渇きが気になりますか	1	はい	0	いいえ	

NO.		質問項目	回答 (どちらかに○印)				※一次判定
外出	16	週1回以上は外出していますか 過去一ヶ月の状態を平均してください	0	はい	1	いいえ	⑤ 16に該当
	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	☐
もの忘れ	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などのもの忘れがあると言われますか ご自分でもの忘れを感じていても、周りの人に言われない場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	⑥ 物忘れのうち1個
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか 誰かに調べてもらう、ダイヤルをしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします	0	はい	1	いいえ	☐
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか 月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします	1	はい	0	いいえ	
こころ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1	はい	0	いいえ	⑦ こころのうち2個 ☐
	22	(ここ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	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1	はい	0	いいえ	
	24	(ここ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	(ここ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	
社会生活活動の状況	26	簡単な食事を作れますか(味噌汁程度)	0	はい	1	いいえ	⑧ NO.32、33のどちらかがいいえの場合は全体の様子をみながら要介護認定を検討
	27	電子レンジを使えますか	0	はい	1	いいえ	
	28	ガスコンロ(IHコンロを含む)を利用できますか	0	はい	1	いいえ	
	29	掃除機がけができますか	0	はい	1	いいえ	
	30	足の爪を自分で切れますか	0	はい	1	いいえ	
	31	片足での立位ができますか	0	はい	1	いいえ	
	32	薬の管理ができますか	0	はい	1	いいえ	
	33	お金の管理ができますか	0	はい	1	いいえ	

※一次判定欄は市役所・地域包括支援センター等の面接実施者が使用します

記入者: 本人 ・ その他 (氏名: 続柄)

コメント(地域包括支援センター等の記入欄)

判定結果	該当項目	受付	確認
市確認欄 該当・非該当	①・②・③・④・⑤・⑥・⑦		

テーマ

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女）記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 （町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

（出典）「平成25年度老人保健健康増進等事業医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」

一般社団法人日本作業療法士協会（2014.3）

利用者基本情報

様式4(表)

基本情報

作成担当者

相談日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)		
本人の現況	在宅 ・ 入院又は入所中 ()				
フリガナ 本人氏名		男 ・ 女	T・S 年 月 日生 () 歳		
住所			Tel ()		
			Fax ()		
日常生活	障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ 2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
認定・ 総合事業 情報	非該当 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 有効期限 : 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果 : 事業対象者 (該当あり ・ 該当なし) 基本チェックリスト記入日 : 年 月 日				
障害等認定	身障 () 、療育 () 、精神 () 、難病 () 、 ()				
本人の 住居環境	自宅 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室の有無 () 階 住宅改修の有無 ()				
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 …				
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡 ☆=キハ〜ソツ 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)		
住所 連絡先	続柄			家族構成	
緊急連絡先	氏名	続柄			住所・連絡先

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味 ・ 楽しみ ・ 特技
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う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、および主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、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します。

年 月 日

氏名

印

介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表）

様式 5

No.	様（男・女）		認定年月日		年 月 日		認定の有効期間		年 月 日～		要支援1・要支援2		事業対象者												
利用者名																									
計画作成者氏名																									
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		□有 □無										（ ）											
日常生活(家庭生活)について		□有 □無		□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		□有 □無										（ ）											
健康管理について		□有 □無		□有 □無										（ ）											
健康状態について		□主治医 意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点		健康状態について		【本来的うべき支援が実施できない場合】		適切な支援の実施に向けた方針																	
地域支援事業		運動不足		栄養不足		口腔内ケア		閉じこもり予防		物忘れ予防		うつ予防													
予防給付または地域支援事業		/5		/2		/3		/2		/3		/5													
地域包括支援センター		【意見】		【確認印】																					
計画に対する同意		上記計画について同意いたします。																							
年 月 日 氏名		印																							

利用者名

殿

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針		地域包括支援センターの意見	
		☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了

介護予防サービス・支援計画表

対象者名: _____ 様

計画作成者氏名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

目標とする生活				
本人・家族の意向				
支援の方針				
介護予防上の課題		課題に対する目標	本人等のセルフケア	支援内容 (サービス内容、頻度)
		①		
		②		
		③		
		④		

上記計画について、同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

健康状態	
ADL	
IADL	
認知	
コミュニケーション能力	
社会との関わり	
排尿、排便	
皮膚の問題	
口腔衛生	
食事摂取	
問題行動	
介護力	
住環境	
その他	

1日の生活、1週間の生活

--

資料

西尾市地域支援事業について

地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」（図 1 参照）は「総合事業」と呼び、65 歳以上のすべての方の介護予防と自立した日常生活の支援を目的とした事業です。「介護予防・生活支援サービス事業」（表 1）と「一般介護予防事業」（表 2）の 2 つからなります。

長寿課では、自立支援と重症化予防の観点から、専門職の提案や意見を取り入れケアマネジメントに活かせるように多職種協働カンファレンスを開催しています。専門職、地域包括支援センター、居宅ケアマネジャー、介護保険事業所等、介護保険に関わる方は積極的に参加してください。（日程等はいげたネットに掲載）

自立支援のケアマネジメントの再確認

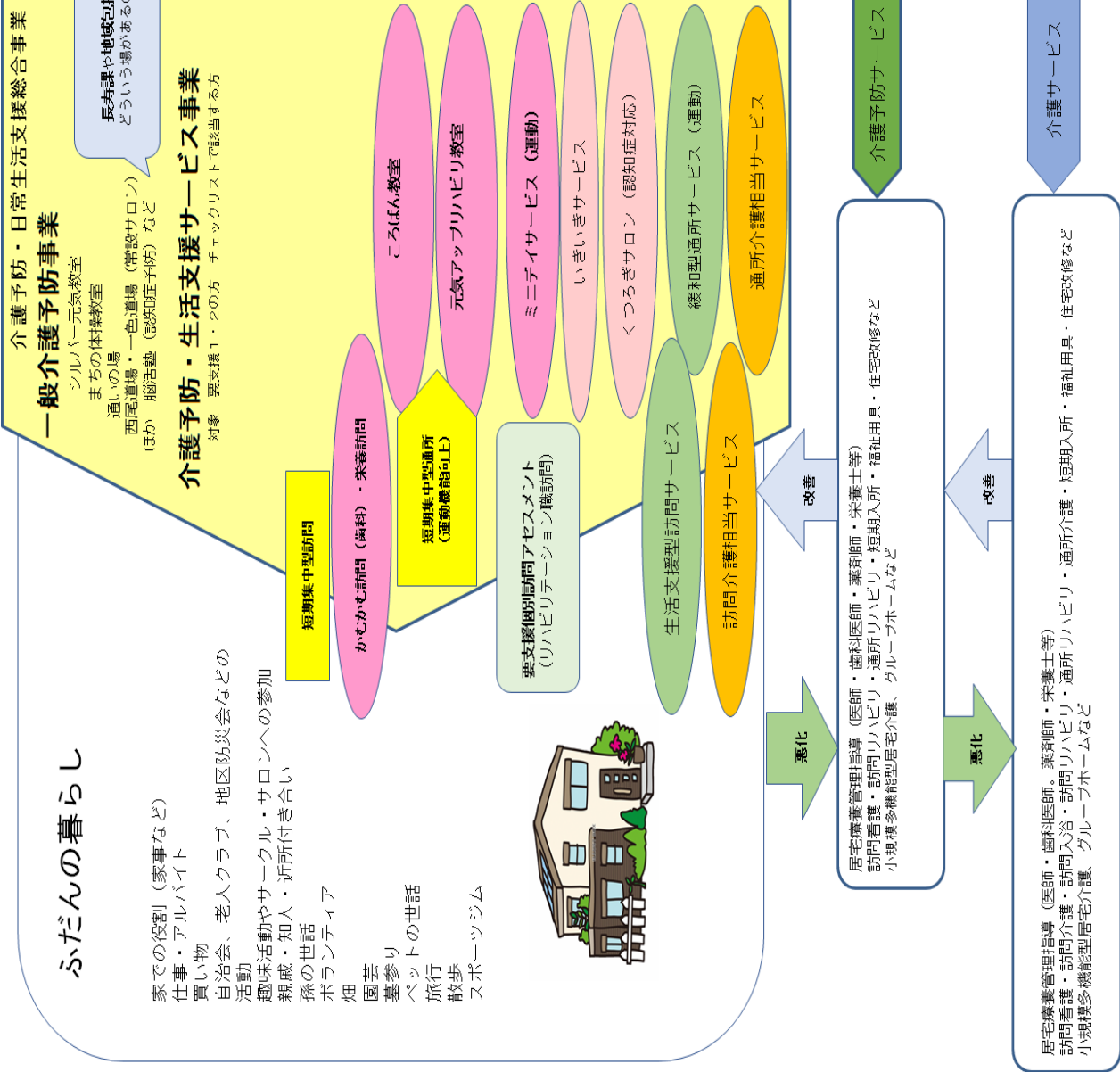
- （１）本人の **できていることやできそうな生活行為を減らさない** ようにし、その生活行為ができる環境や状態をつくるようにします。
- （２）サービス開始に当たっては、**自分でできることを増やしていくことが目標であり、利用する支援メニューは少しずつ少なくなることを** 予め伝えてください。
- （３）自立支援は **サービスの継続利用を前提に「維持」を目指すことではない** ことを確認します。
- （４）目標到達状況を確認し、終結するサービス、継続するサービスをアセスメントし、本人と方針を決定します。

西尾市地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の構図

いつまでも住み慣れた家で暮らし続けたい

ふだんの暮らし

家での役割（家事など）
仕事・アルバイト
買い物
自治会、老人クラブ、地区防犯会などの活動
趣味活動やサークル・サロンへの参加
親戚・知人・近所付き合い
孫の世話
ボランティア
畑
園芸
墓参り
ペットの世話
旅行
散歩
スポーツジム



元気

虚弱

リハビリテーション
アセスメント

介護予防ケアマネジメント

要支援

要介護

要支援や事業対象者の方は、リハビリテーション職のアセスメントが必要なが多いと考えられます。家で暮らすために必要な生活環境と、リハビリの指導を受けたい。病院等でのリハビリテーション職のアセスメントを受けている方に対しては、必ず病院等と連携をとり、在宅生活の指導を受けたい。

要支援個別訪問アセスメントは介護認定申請予定の方でも利用できます。

ご本人との合意のもと地域包括支援センターがケアプランをたてます。

プランは原則、短期集中型の通所・訪問サービスから始めます。

通所などのサービスを利用するときは、できる限り、一般介護予防の教室やサロンなどを併用を検討します。

自宅での入浴が不可能、進行性の病氣、脳血管疾患後遺症障害、中等度以上の認知症、看取りなど改善が困難な方は、ご本人の状況に合わせて今後を見越したプランをたてます。

介護予防・生活支援サービス事業

対象 要支援・事業対象者

種 類	サービス名	内 容	費 用
訪問型 サービス	訪問介護相当サービス	居宅を訪問して行う身体介護・日常生活の支援を行うサービス（入浴介助、おむつ交換などの身体介護を含む方への清掃や洗濯など）（事業対象者除く。）	負担割合証の負担割合
	生活支援型 緩和型 訪問サービス	居宅を訪問して行う日常生活の支援を行うサービス（身体介護を除く。）清掃、洗濯など	
	かむかむ訪問 栄養訪問	歯科衛生士、管理栄養士等が居宅を訪問して、お口の機能の維持・向上、栄養指導のために個人指導するサービス	自己負担なし
通所型 サービス	通所介護相当サービス	通所介護施設で日常生活・生活行為向上のための支援を行うサービス（事業対象者除く。）	負担割合証の負担割合
	緩和型通所サービス	通所介護施設で運動を中心に実施する身体機能の維持・向上のためのサービス	
	ミニデイサービス	接骨院等で運動を中心に実施する身体機能の維持・向上のためのサービス	
	元気アップ リハビリ教室	リハビリの専門職による身体機能の維持・向上のためのサービス（訪問2回、通所24回）	
	ころばん教室	1回／週、体操講師・保健師等による運動機器の維持、向上を目的とした送迎付サービス（約6か月）	1,000円/月
	いきいきサービス	閉じこもり予防や高齢者同士の交流の場として送迎、運動、レクリエーション、食事などを行うサービス	1回/週の方は 500円/月 2回/週の方は 1,000円/月
	くつろぎ サロン	認知症や物忘れなどが気になる方を対象に脳トレやレクリエーション、送迎を行うサービス	1回/週の方は 500円/月 2回/週の方は 1,000円/月

サービス名	内 容	費 用
要支援 個別訪問アセスメント	リハビリテーション専門職が家庭内での運動や生活上の注意などを行う訪問指導	無料

一般介護予防事業

対象 65歳以上（自立した生活を送ることができている方）

目的	事業名	内容
認知症予防	脳活塾	65歳以上の方を対象に認知症予防に取り組む教室です（既に認知症の診断がある方は除きます。）5～6か月の教室で、読み書き・計算や楽しい会話・軽い体操を行います。
健康づくり 介護予防	シルバー元気教室	運動を中心に介護予防に取り組む教室です。血圧測定、栄養や口腔、認知症に関する講義などがあります。
	まちの体操教室	自宅から歩いて通える場所で介護予防の体操などを行う住民主体の教室です。（週1回）
	西尾市民 げんきプラザ	健康度測定、トレーニング機器を利用した運動を行う場所です。
	ふれあい広場吉良	高齢者同士の交流の場として、体操、レクリエーション、食事などを行う場所です。
	佐久島いきいき サービス	佐久島に住む高齢者を対象に、閉じこもりや要介護状態となることを予防するためのサービスです。
高齢者 通いの場	宅老所	ボランティアの方々の運営により、高齢者が集まり、食事やレクリエーション、体操などを行う場所です。
	サロン 健康体操など	ボランティアの方々の運営により、高齢者が集まり、健康体操やお茶会を通じた交流など様々な活動があります。
	粋な西尾道場 粋な一色道場	総合福祉センターおよび一色老人福祉センターにて、体操や健康マージャンなどの催しを日替わりで毎日行っている場所です。
地域の ボランティア活動	高齢者生活支援 サービス	高齢者のちょっとした困りごと（見守り、話し相手、窓ふき等）のお手伝いを本人と一緒にしています。

西尾市の総合事業のサービスの組み合わせ表（令和6年4月）

表 3

	訪問介護 現行相当 身体介護を含む 日常生活支援	通所介護 現行相当 デイサービス	訪問A 緩和型訪問 身体介護を除く 日常生活支援	通所A 緩和型通所 ＜運動＞ デイサービス ミニデイ	通所A 緩和型通所 ＜閉じこもり予防＞ いきいきサービス	通所A 緩和型通所 ＜認知症対応＞ くつろぎサロン	通所C 短期集中 ころばん教室 元気アップ リハビリ教室	訪問C 短期集中 かむかむ訪問 栄養訪問	総合事業外 独自事業 要支援アセスメント 訪問事業	訪問 リハビリ	通所 リハビリ
訪問介護 現行相当 身体介護を含む 日常生活支援		○	△	○	○	○	○	○	○	○	○
通所介護 現行相当 デイサービス	○		○	×	×	×	×	○	○	×	×
訪問A 緩和型訪問 身体介護を除く 日常生活支援	△	○		○	○	○	○	○	○	○	○
通所A 緩和型通所 ＜運動＞ デイサービス ミニデイ	○	×	○		△	△	×	○	○	×	×
通所A 緩和型通所 ＜閉じこもり予防＞ いきいきサービス	○	×	○	△		△	×	○	○	×	×
通所A 緩和型通所 ＜認知症対応＞ くつろぎサロン	○	×	○	△	△		△	○	○	×	×
通所C 短期集中 ころばん教室 元気アップ リハビリ教室	○	×	○	×	×	△		○	○ 元気アップ除く	×	×
訪問C 短期集中 かむかむ訪問 栄養訪問	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○
総合事業外 独自事業 要支援アセスメン ト訪問事業	○	○	○	○	○	○	○ 元気アップ除く	○		×	×
訪問 リハビリ	○	×	○	×	×	×	×	○	×		×
通所 リハビリ	○	×	○	×	×	×	×	○	×	×	

○併用可能 ×併用不可 △要支援2のみ併用可能

確認事項

- （１） 事業対象者は現行相当訪問介護・通所介護の対象外、緩和型訪問・通所の週1回利用可
- （２） 要支援は、原則緩和サービスの利用が優先
- （３） 訪問・通所の利用回数の原則は要支援1は週1回、要支援2は週1～2回
- （４） 通所介護現行相当は他の通所サービスとは併用不可
- （５） 通所C（短期集中）の終了後は通いの場やサロン、緩和型通所サービスへ移行する
- （６） 訪問リハビリと通所サービスとの併用は不可、併用が必要な場合は、事前に長寿課へ要相談
- （７） 上記原則以外に利用が必要であると判断した場合、事前に長寿課へ要相談
- （８） 介護予防サービス全般と一般介護予防事業との併用は可能
- （９） 要介護状態になっても従前利用していた緩和サービスの利用可

種別	No.	質 問	回 答
共通	1	月額包括報酬のサービス利用者が、月途中で入院した場合、当該月の報酬は日割り計算となるか。	利用者との契約を解除しない場合は月額包括報酬となる。契約を解除した場合は、契約解除日を終了日として日割りで算定する。契約を解除するかどうかは、利用者と事業者の合意による。
	2	月額包括報酬のサービス利用者が、介護度の変更がなく月途中でサービスの利用回数を変更した場合（1回→2回、2回→1回）の算定方法はどのようなか。	適切なケアマネジメントを行ったうえ、月途中で利用回数を変更をした場合、日割り計算は行わず、翌月から算定する報酬の見直しを行う。
	3	第1号被保険者が、月の途中で新たに生活保護の受給者になった場合の月額包括報酬のサービス費の算定方法はどのようなか。	日割り計算となる。 （請求明細書の記載方法） サービスコード → 日割りのサービスコード 回数 → 月初から月末までの日数 公費回数 → 生保開始日から月末までの日数
	4	月額包括報酬のサービス利用者が同一月に短期入所生活介護・短期入所療養介護を利用した場合は日割り計算となるか。	短期入所を利用した日数を差し引いた日数で日割り計算をする。
	5	緩和型の通所・訪問サービスについては、ケアマネジャーへの報告書を省略してもいいか。	緩和型サービスについても従来通り報告書は提出すること。様式を簡略化することは可能。

種別	No.	質 問	回 答
訪問	6	生活支援訪問型サービスの初回加算の算定要件は何か。	訪問介護相当サービスの初回加算の要件と同様である。初回の訪問、又は初回の訪問をした月に、サービス提供責任者が訪問した場合、若しくは他の訪問介護員に同行した場合に、その月に算定可。なお同行時は、利用者の状況を確認した上であれば、途中で現場を離れることも可能。
	7	生活支援訪問型サービスの初回加算は、訪問介護相当サービスから移行した場合も算定可能か。	訪問介護相当サービスからは算定不可。訪問介護からは算定可。
	8	独居で視力障害の要支援1の方がヘルパー週2回利用中（買い物、掃除）（調理は自分でやる。配食サービス利用。）週2回買い物して欲しいというができないか。	令和4年4月から要支援1のヘルパー利用は週1回。買物は宅配を利用するなど工夫をすすめる。週1回ヘルパー利用の内容を優先順位を考え検討のこと。
	9	独居、がん、人工肛門で要支援2、ADL自立、現行ヘルパー週2回利用していたが入院、退院後本人が「自信がないので」と週3回のヘルパーを希望しているがどうか。	ケアマネジャーの判断で週3回の現行ヘルパー利用可。病状から介護度の変化を予測し、「自信がつくまで」の期間を設けるか、区分変更する必要があるかなど判断する。
	10	独居82歳男性、視力障害、脳梗塞後遺症片麻痺、這って移動。要支援2、入浴は工夫して自立。週3回現行ヘルパー買い物、掃除などで利用。ガス、電気調理器なし、危険なため湯沸かしのみとなっている。配食サービス1回1日を計画したが金銭的に困難。ヘルパーが安い食品や総菜を買ってきてやりくりしている。配食サービスや宅配は困難なため現行ヘルパー3回利用はどうか。	ケアマネジャーの判断で週3回の現行ヘルパー利用可。
	11	独居94歳男性、要支援2、週3回現行ヘルパー入浴、調理、掃除などで利用。家族が週1回訪問し支援。入浴を一人で入るようになったので緩和ヘルパーにし見直そうと提案した。納得されたが、状態が悪化。区変検討し様子見ることとした。週3回現行ヘルパー継続してもいいか。	ケアマネジャーの判断で週3回の現行ヘルパー利用可。
	12	障害者でヘルパーを週3回利用していたが、65歳になって介護認定要支援1になり、ヘルパーが週1回となり困っているがなんとかならないか。	区分変更により要支援2以上ならば、週3回利用可能。現状としてはケアマネジャーの判断でヘルパー1回の内容を精査して優先順位を考えて利用のこと。ほかのサービスで対応できないか検討のこと。

種別	No.	質 問	回 答
通所	13	新規申請で要支援1の認定、緩和通所サービスを利用予定だったが、本人の希望でどうしても近所の現行通所サービスを利用したいという場合どうしたらいいか。	利用は可能。新規の要支援認定者は原則、緩和通所サービスとサロンなどの地域資源の併用を勧めていく。ケアマネジャーの判断で今後悪化が予想される場合は、現行通所サービスの利用が望ましい場合もある。
	14	元気アップリハビリ教室利用中、入院し中断。教室を2か月間利用したが、退院後再開するときは、3か月目からの利用となるのか。	目安として中断後半年以上たっている場合や状態が変化しているときは、初回からの利用が適切と考える。ケアマネジャーの判断による。
	15	元気アップリハビリ教室について、通所が中断している利用者について、断ってもいいか。	中断している利用者を在籍のままにするかどうかは事業所判断による。 通所が中断した利用者は原則再開時から残りの通所回数と期間の利用が可能。
	16	元気アップリハビリ教室の初回訪問を実施したあと、本人から「コロナの感染が心配」ということで通所開始が延期になった場合、再開の期限があるか。通所回数、通所期間はどちらでもいいか。	再開可能な期限はおおむね6か月。原則、状態に変化なければ、再開時から残りの通所回数と期間の利用が可能。ケガや、家族の病気や不幸などの理由で中断し、状態が変化している場合は、再開時から残りの回数ではなく、通所24回6か月の利用可能。訪問はケアマネジャーの判断で必要に応じて再度実施可能。
	17	元気アップリハビリ教室終了後は、ころばん教室へ移行する予定だったが、ころばん教室がコロナの感染防止により休止中の場合はどうしたらいいか。	本人・事業所の同意があれば、ケアマネジャーの判断で、ころばん教室が再開するまで、元気アップリハビリ教室を6か月を超えて継続することは可能。コロナ禍は柔軟な対応をお願いしたい。
	18	元気アップリハビリ教室を中断している方が再開するとき、状態が変わっている場合は再度訪問してもいいか。	本人の状態が変化していて自宅での状況をアセスメントする必要があると判断した場合は、訪問を再度実施。この場合訪問は計3回となる。
	19	元気アップリハビリ教室訪問1回通所10回利用し、本人の状態が悪化したため、区分変更申請した。要介護認定が出ると利用できないか。要介護認定が出てからの訪問はできないか。	対象は事業対象者と要支援であり利用不可。区分変更申請の目的を確認のこと。
	20	元気アップリハビリ教室を事業対象者として、訪問1回、通所2回利用、本人の状態から介護申請をすすめたが、1次判定要介護となったが、もう利用できないか。	対象は事業対象者と要支援のため要介護は利用不可。確定するまでは利用可能。

種別	No.	質 問	回 答
ケアマネジメント	21	介護予防ケアマネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場合は、介護予防支援の初回加算は算定できるか。	過去2か月以上地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合には算定が可能。
	22	ころばん教室（ケアマネジメントC）の利用が終了した後、元気アップリハビリ（ケアマネジメントA）に移行した場合、ケアマネジメントAの初回加算は算定できるか。	移行する前の2か月以上介護予防ケアマネジメント費の算定がなければ、ケアマネジメントAの初回加算を算定できる。
	23	ケアマネジメントCについて、途中でプランを変更した場合、再度ケアマネジメントCを算定できるか。（例：ころばん教室利用中にかむかむ訪問を追加した）	ケアマネジメントを適切に行っていれば算定してよい。ただし初回加算は算定できない。
	24	月途中で要支援から要介護になったが、その月に居宅介護支援事業所との契約がなく、要介護に変更後サービスの利用もしていない場合、セルフプランになるか。	セルフプランでなく、地域包括支援センターが給付管理を行い請求する。
	25	新型コロナウイルス感染症の影響により、当初ケアプランで予定されていたサービス利用がなくなった場合は、介護予防支援費は請求できるか。介護予防ケアマネジメント費はどうか。	モニタリング等、必要な介護予防支援業務を行っていれば請求できる。ケアマネジメント費も同様である。 （この取り扱いは令和5年5月7日付けで終了となりました。）
元気加算	26	一般介護予防サービス等につなげられなかった場合は算定可能か。	一般介護予防サービス利用が原則だが、未利用でも自立とみなせば、算定は可能。
	27	一旦サービスが満了した場合は算定していいか。	利用期間に関係なく、算定可能。 （同一利用者を複数回算定する場合は聞き取りを行う）
	28	事業対象者は対象となるか。	対象となる。
	29	利用者が利用を拒否等し、サービス満了となり、月遅れ請求となった場合は算定可能か。	加算のみでの請求はできない、取り下げ再請求をする。
	30	要介護状態の悪化、入院・死亡した場合は算定できるのか。	算定不可。
	31	本人のやる気がなくなった場合のサービス満了は算定可能か。	自立とみなさないため、算定不可。
	32	月途中でサービスが満了した場合、算定していいか。	算定可能。
	33	介護予防通所リハビリテーションへつながった場合は、元気加算は算定できるか。	算定不可。

総合事業 Q & A

種別	No.	質 問	回 答
元 気 加 算	34	算定届出書を簡略化として下段の『サービス対象者のサービス満了に向け、貴事業所ではどのように取り組みを行いましたか。』の内容について、評価表の添付で対応できないか。	緩和サービス事業所が評価するため評価表は不可。 (疑義が生じた場合、評価表提出あり。)
	35	算定翌月に一般介護予防サービス事業を利用するも本人が合わないとのことから行き場所がなくなり、再度、緩和型サービスを利用せざるを得ない場合等に至った際は、一度、取り下げをし、再請求を行うことになるのか	再度、緩和型を利用するに至った期間が1か月以内となる場合は、取下げ再請求をする。(例：1月末で満了、3/31 再び緩和型サービスを利用した場合)
	36	算定する側の事業所の確認書類は、何が必要か。	事業所が「元気加算の算定届出書」に記入し、担当の地域包括支援センターに確認を受ける。
	37	「元気加算の算定届出書」の流れは。	緩和型通所介護事業所が必要事項を記載→地域包括支援センターの確認→長寿課(地域支援事業担当)へ提出 【当該利用月の月末までに提出、翌月10日までに国保連へ送信】
	38	通所介護相当サービスの利用者は適用になる場合はないのか。	通所介護相当サービスの利用者は算定不可。
	39	元気加算の算定要件は。	緩和型サービス利用が満了し、地域の通いの場等に、継続的(週1回以上で2か月間が目安)に参加し、介護度が悪化していないこと。
そ の 他	40	かむかむ訪問は要介護の認定がでると使えないのか。	かむかむ訪問の対象は要支援・事業対象者であるため要介護は利用できない。介護申請中や区分変更の手続き中などの場合は利用可能。
	41	要支援で主治医が必要性を認めた上でプランに位置付けている場合でも、訪問リハと通所リハは併用不可なのか。	不可ではないが必要性を精査する必要がある。訪問リハの対象は「通所が困難である」又は「家屋状況と家屋内のADLの確認と指導が必要である」場合となる。訪問リハや通所リハの目的を確認し、要支援個別訪問アセスメントや元気アップリハビリ教室の利用を優先すると、併用の必要はない場合もある。また過去に、医療で訪問リハを受けている場合もあり、確認し情報をとることも必要。