

通所型サービスC 説明会

介護保険課介護総合事業係
2024年3月28日



令和6年度変更点

1. 通所型サービスC「アクシブ」について
2. ケアマネジメントの取り扱いについて
3. 事業対象者の取り扱いについて
4. 訪問型サービス・通所型サービスについて

リエイブルメントを目指したプログラム

✓ リエイブルメントとは、「再び自分でできるようにする」こと
「してあげる支援」から「**元の生活を取り戻す支援**」へ！

✓ **セルフマネジメントの定着と社会参加の促進**

3 か月で要支援状態を改善するための**生活習慣を身に付け**
身体の変化への実感・自分の可能性への気づきから
目標に向かっていくことの喜び・セルフマネジメントへの自信・
社会参加への意欲を高める

リエイブルメントを目指したプログラム

訪問型・通所型サービスからの

『卒業』 を目指すサービスです！！

2つのインセンティブで、事業所のやる気を後押し

- ① 3か月終了時点での**状態改善と社会参加**
- ② 終了6月後の**サービス未利用と社会参加継続**

渋谷区通所型サービスC アクシブ ガイドライン

渋谷区介護保険課 介護総合事業係

アクシブ…アクティブ（活動的）な生活習慣を身につけて、元気なシブヤのシニアになることを目指す介護予防サービスという意味で名付けました

アクシブが目指すのはリエイブルメント

リエイブルメントとは「再び自分でできるようにする」こと

リエイブルメントを進めていくための基本的な考え方は「手を後ろに回したケア（してあげるのではなく本人の力を引き出す）」とリハビリテーションの徹底

短期集中予防サービスは

介護の前に、高齢者が自立した在宅生活を継続するための能力の回復・改善・維持を図る

リエイブルメントの絶好の機会



自分らしい暮らしが
再びできるようになる



生活支援サービス
介護予防サービス

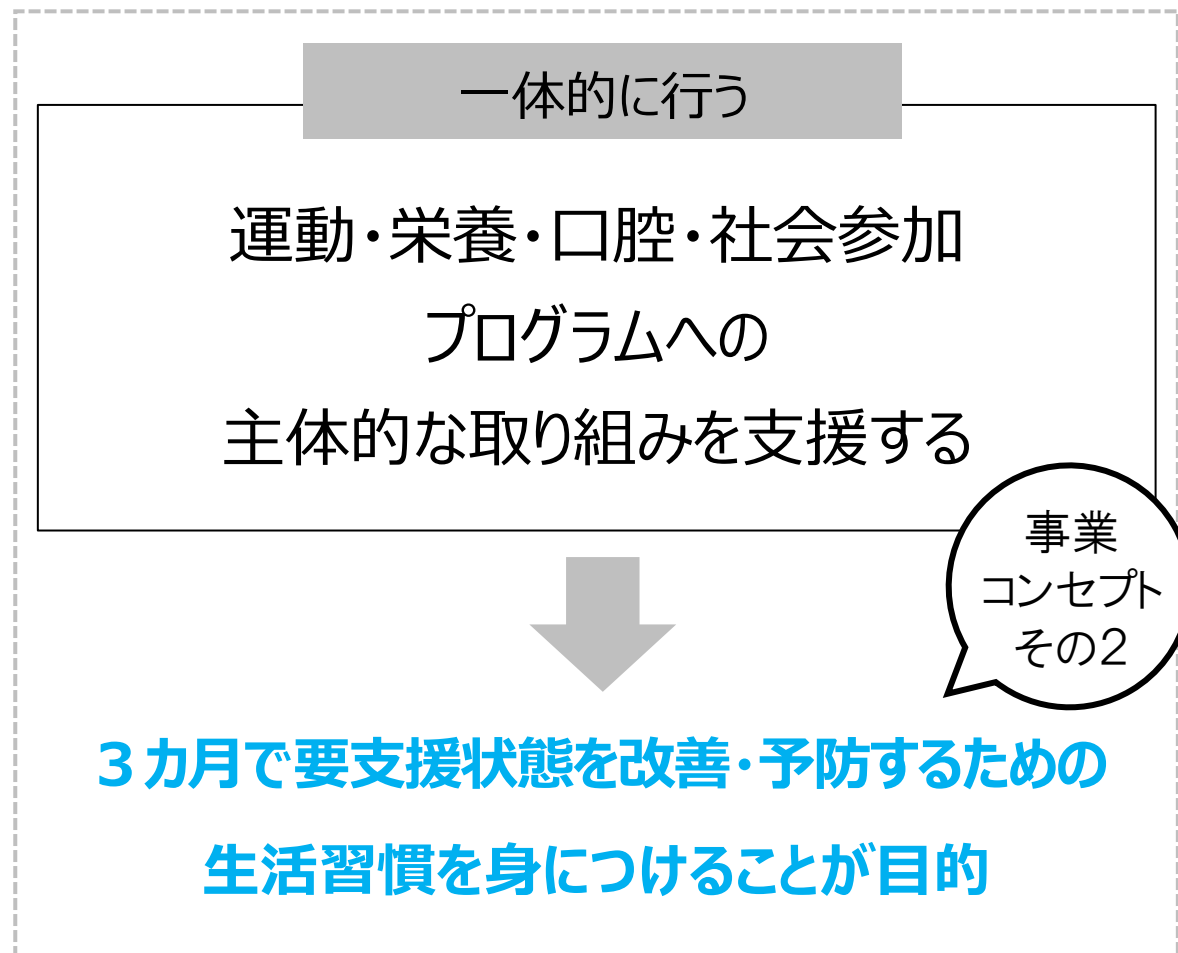
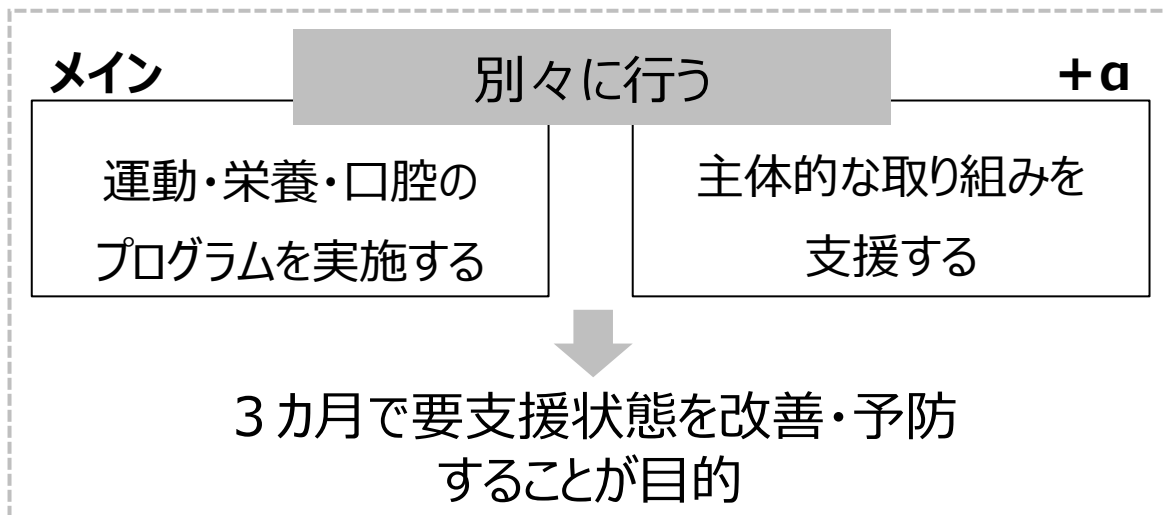
通所型サービスCのパラダイムシフト

従来の通所型サービスC



第9期計画R6年度に変更

運動・栄養・口腔等の要素を組み合わせた複合型の短期（3か月）集中プログラムの提供を通じて、対象者が要支援状態を改善するため、または要支援・要介護状態になることを予防することを目的とする。なお、終了後も生活機能を維持・向上するため、本人が主体的に取り組むことを同時に支援する。



終了後にも、対象者がそれぞれの目標達成を目指して、自ら取り組む



アクシブの3つの支援方法と、利用者の行動変容

知識・スキルの習得

- 運動に慣れる
- 自分に合った運動方法を見つける
- 栄養・口腔に関する知識の習得
- 渋谷区の事業や街の情報を知る
- オンラインを活用する
- 運動方法の習得

身体の変化への実感
自分の可能性への気づき
目標に向かっていくことの喜び
セルフマネジメントへの自信
社会参加への意欲の高まり

グループセッション

- 活動への関心の広がり
- 仲間からの励ましによる取り組みの継続
- 新たなコミュニティの誕生

面談・個人ノートの活用

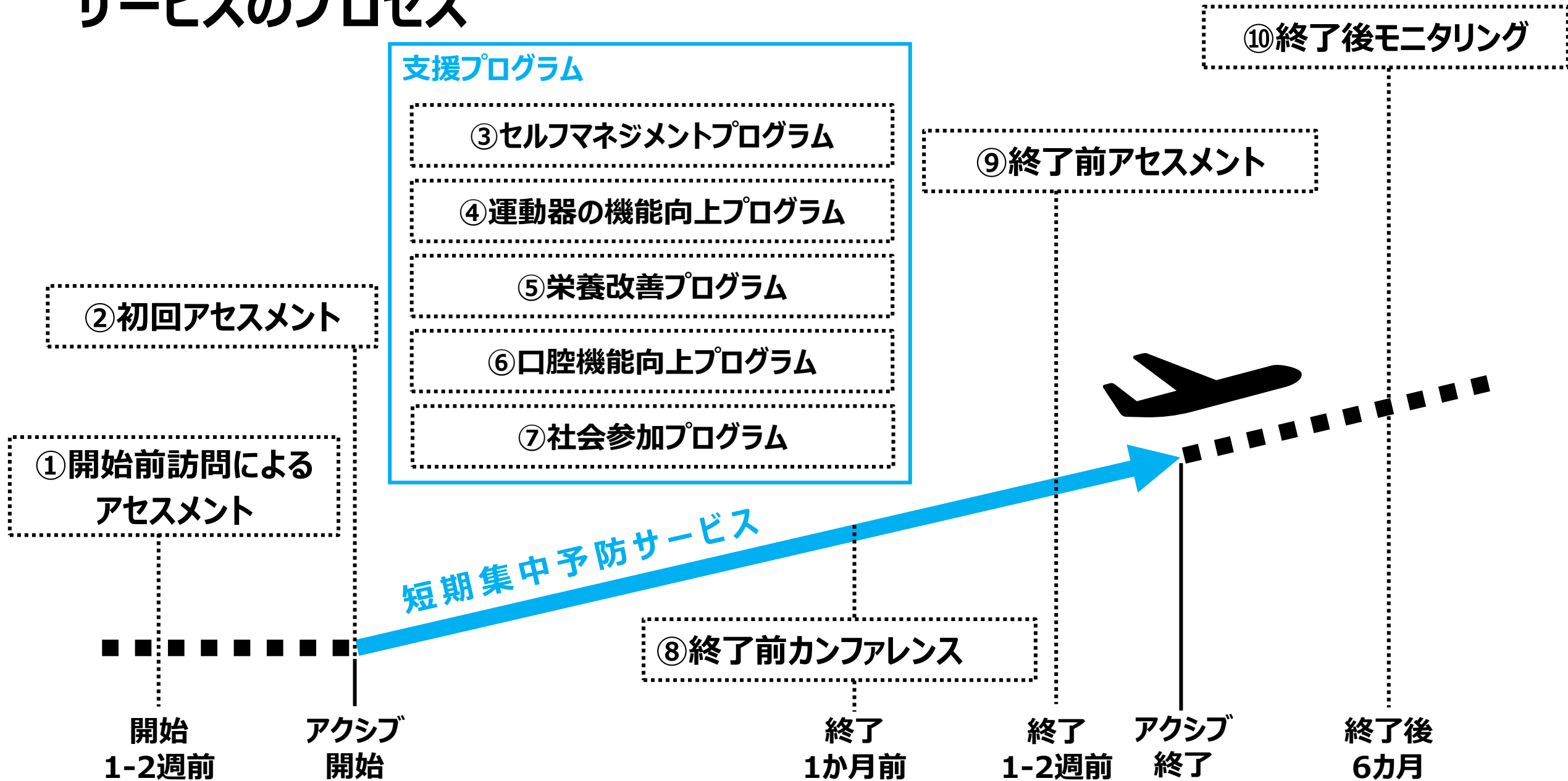
- 主体的行動への落とし込み
- 自己目標と取り組みの整合
- 日常の実施・習慣化の後押し
- ポジティブフィードバックによる行動の強化

やりたいことができる
参加したい場所に行ける
なりたい自分になれる

利用者が自分の**目標**を
達成するために
主体的に取り組める

3つの方法で
元気をサポート

サービスのプロセス



① 開始前訪問によるアセスメント

概要	事業所職員と相談員（ケアマネジャー）で利用者宅を訪問し、面談ならびに自宅内動作や環境の確認を行う。
目的	介護予防ニーズの把握、利用目的の共有

- ✓ 事前訪問アセスメントでは、ADLだけではなくその方の“暮らしを観る”という観点で居宅を訪問します。元の暮らしに戻るためには、今の暮らしを知ることは重要です。ICFの観点から生活環境のみならず、活動・参加を含めたバランスの良いアプローチを行うことを意図して、本人・家族へのヒアリングや、普段の過ごし方についてアセスメントし、『開始前訪問アセスメントシート』に記載します。
- ✓ アクシブで実施していくことを説明し、利用者に理解をしてもらいます。そのうえで、どういったことを目指していきたいのか、利用者自身の意思を確認します。目指すべきことは、体力をつけたい、痛みを取りたいといった身体機能面の課題解決にとどまらず、「元の生活の再獲得」に目を向けられるように対話を行います。その際には、利用者自身があきらめている自分の可能性に気づけるように、支援者も意思決定に参加していきます。
- ✓ 自宅での面談を望まない利用者については、地域包括支援センターや事業所内などで実施します。

参照様式

- 開始前訪問アセスメントシート

評価項目

狭谷区通所サービスC
個別サービス計画書

Ⅲ 評価

体力測定項目		開始時	終了時	開始時	終了後6か月	開始時	終了後6か月
測定値	段階	測定値	段階	測定値	段階	測定値	段階
Timed up & go							
握力	右						
	左						
片脚立位時間	右						
	左						
その他の測定項目		開始時	終了時	開始時	終了後6か月	開始時	終了後6か月
測定値	段階	測定値	段階	測定値	段階	測定値	段階
栄養摂取の多様性スコア (DVS)							
オーラルディアドコキネシス	パ						
	タ						
	カ						
社会参加 (CIQ)							

加 補注
 ① 補注の増加
 アップ参加をきっかけとして週1回以上の社会参加の機会が増えた
 ② 補注の減少
 補注が増えた状態から6か月後も持続している

Ⅳ 改善評価ならびに効果持続についての要件の確認

改善評価	②～④のすべての要件を満たしている	はい/いいえ
効果持続	②の要件を満たしている	はい/いいえ
	終了後6か月の時点で下記の介護保険サービスの利用がない 訪問サービス・通所サービス・短期入居サービス・短期サービス 地域密着型サービス	はい/いいえ

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所 事業所No.0000000000 電話番号:00000000
 000000000000000000000000 住所:狭谷区0000000000 Tel:03-0000-0000/Fax:03-0000-0000

個別サービス計画書
2枚目

項目	内容	評価の性質	
体力測定項目	Timed up & go	椅子に座った状態で、3m先のパイロンを回って、再び座るまでの時間を測定。移動能力やバランス能力の総合的な評価。	身体機能
	握力	握力計を用いた測定。全身の筋力と相関があることから、簡便な筋力の評価として用いられる。	身体機能
	片脚立位時間	片脚立ちで保持する時間を測定。立位でのバランス能力、易転倒傾向のスクリーニング検査。	身体機能
その他測定項目	栄養摂取の多様性スコア (DVS)	10品目の食品を対象に、毎日食べるを1点、それ未満の頻度を0点としてスコアし、合計点で食品摂取の多様性を評価する。	生活習慣
	オーラルディアドコキネシス	5秒 or 10秒で「パ」「タ」「カ」の発声をカウントし、1秒あたりの回数を算出。少ない場合に口腔機能低下が疑われる。	身体機能
	社会参加 (CIQ)	家庭統合、社会統合、生産性の3b領域をスコア化。得点が高いほど社会参加が活発であることを示す。	生活習慣

- 評価項目はすべて「介護予防マニュアル第4版」もしくは「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」で推奨されているもの
- フレイル予防の要素である運動・栄養・口腔・社会参加それぞれを定量的に評価する

体力測定項目 年齢別基準値

		65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-歳
Timed up & go (秒)	平均値±標準偏差	6.34 ± 1.15	6.94 ± 1.28	7.44 ± 1.51	8.69 ± 2.21
	★☆☆☆☆	>7.20	>7.80	>8.60	>10.30
	★★☆☆☆	6.61~7.20	7.11~7.80	7.61~8.60	8.71~10.30
	★★★☆☆	6.01~6.60	6.41~7.10	6.91~7.60	7.91~8.70
	★★★★☆	5.41~6.00	5.81~6.40	6.21~6.90	6.91~7.90
	★★★★★	≤ 5.40	≤ 5.80	≤ 6.20	≤ 6.90
片脚立位時間 (秒)	平均値±標準偏差	40.8 ± 20.7	32.5 ± 21.6	25.5 ± 19.9	16.2 ± 17.9
	★☆☆☆☆	≤ 17.0	≤ 10.0	≤ 6.0	≤ 3.0
	★★☆☆☆	17.1~37.0	10.1~20.0	6.1~14.0	3.1~6.0
	★★★☆☆	37.1~60.0	20.1~39.0	14.1~27.0	6.1~12.0
	★★★★☆	>60.0	39.1~60.0	27.1~48.0	12.1~25.0
	★★★★★	>60.0	>60	>48.0	>25.0
握力(男性) (kg)	平均値±標準偏差	38.7 ± 5.9	35.3 ± 6.0	34.3 ± 6.1	29.7 ± 5.3
	★☆☆☆☆	≤ 34.0	≤ 30.0	≤ 29.0	≤ 25.0
	★★☆☆☆	34.1~37.0	30.1~35.0	29.1~33.0	25.1~29.0
	★★★☆☆	37.1~40.0	35.1~38.0	33.1~35.0	29.1~31.0
	★★★★☆	40.1~44.0	38.1~40.0	35.1~40.0	31.1~34.0
	★★★★★	>44.0	>40.0	>40.0	>34.0
握力(女性) (kg)	平均値±標準偏差	23.8 ± 4.0	22.6 ± 3.9	21.5 ± 3.7	19.6 ± 3.5
	★☆☆☆☆	≤ 21.0	≤ 20.0	≤ 19.0	≤ 16.0
	★★☆☆☆	21.1~23.0	20.1~22.0	19.1~20.0	16.1~19.0
	★★★☆☆	23.1~25.0	22.1~23.0	20.1~22.0	19.1~21.0
	★★★★☆	25.1~27.0	23.1~25.0	22.1~25.0	21.1~22.0
	★★★★★	>27.0	>25.0	>25.0	>22.0

※転載：平成31年厚生労働科学研究費 長寿科学政策研究事業『介護予防ガイド 実践・エビデンス編』（令和3年3月発行）

支援プログラムのスケジュール配分例

	○曜日	○曜日
1 週目	初回アセスメント	運動
2 週目	栄養 / 運動	運動 / セルフマネジメント
3 週目	栄養 / 社会参加 / 運動	運動 / セルフマネジメント
4 週目	口腔 / 運動	運動 / セルフマネジメント
5 週目	社会参加 / 運動	運動 / セルフマネジメント
6 週目	栄養 / 社会参加 / 運動	運動 / セルフマネジメント
7 週目	栄養 / 社会参加 / 運動	運動 / セルフマネジメント
⋮	⋮	⋮

体調確認

オリエンテーション・シェアリング

運動器の機能向上プログラム（集団）

運動器の機能向上プログラム（個人）

セルフマネジメントプログラム

個人ノート記載

インフォメーション・シェアリング

体調確認

オリエンテーション・シェアリング

運動器の機能向上プログラム（集団）

社会参加プログラム

個人ノート記載

インフォメーション・シェアリング

③セルフマネジメントプログラム

- ✓ また、予防的取り組みの習慣化をサポートしていくうえで、現在できている事と行動変容レベルを把握し、それに合わせた支援を行っていきます。

参考様式
□ 利用者ノート

(1)関心が出始めている

(2)行動への意欲がある

(3)行動している

(4)定着している

支援方法▶

共感する

励ます

称賛する

リーダーに
なってもらおう

無関心期または関心期の方々です。お話を傾聴し、共感して、「このままでよいのか」「どのようなことならできそうか」など、考えていただくだけでも一歩前進です。

準備期の方々です。応援があれば行動に移せるので、負担の少ない活動を提案して、毎日の暮らしの中で実践していただけるように励まします。

実行期の方々です。ぜひ称賛してください。そして健康状態を回復し、維持していただけるよう、さらに活動的な日々を送ることを勧めましょう。

維持期の方々で、健康づくりを周囲に広めていただく大切な人材です。望ましい生活習慣による心地よさや、その効果を、人々に伝える役割を担っていただけます。

声掛け



無理なくできることはないか一緒に考えていきましょうね。

ふだんの生活の中で少しずつ取り組むだけでいいんですよ。

素晴らしいですね！この調子で続けていきましょう。

仲間ができれば、もっと楽しくなりますね。

※国立健康・栄養研究所/特定保健指導におけるアクティブガイドを参照し作成

- ✓ 『利用者ノート』の記載内容については、アクシブ内で実施したことを参考にして、毎週何に取り組むかを利用者自身に計画してもらいます。利用者が日常で取り組んだ事や気づいたことに対しては、「いいね！」をリハビリテーション専門職の視点で見出し、伝えることで、行動を強化します。

⑧ 終了前カンファレンス

概要	事業所職員、相談員（ケアマネジャー）、その他事業関係者により、利用者個々について終了後の活動や参加で提案すべきことを話し合う。
目的	サービス利用による変化と介護予防ニーズの共有 今後の支援について意見交換

- ✓ サービス期間終了1か月前を目途に開催します。
- ✓ まずは、アクシブのプログラムを経て利用者が変化したことやこれから取り組もうと考えていることを、参加者間で共有します。そのうえで、日常生活の工夫や一般介護予防事業、介護予防生活支援サービス事業、通いの場参加等について、利用者へ提案すべきことについて意見交換します。
- ✓ カンファレンスの資料として、介護予防アセスメントシート、事業所の実績報告書を、参加者間で共有します。

⑨ 終了前アセスメント

概要	体力測定やその他の測定を実施し、アクシブでの変化を利用者が自覚する。個人目標の達成状況を振り返り、終了後に目指すことを決める。
目的	利用者の評価、終了後の目標の設定

- ✓ 最終日の1～2週間前を目途に実施します。
- ✓ 体力測定やその他の測定は、初回アセスメントと同様の項目を行います。初回同様に、『個別サービス計画書』の2枚目に記載します。
- ✓ 『利用者ノート』には90日後の個人目標の達成度自己評価を記載してもらいます。最初に立てた目標、あるいは途中で変更した目標がこの時点である程度達成できていたら、終了後に目指す目標に更新します。アクシブの成果は、終了後にも要支援状態を改善・予防するための生活習慣を続け、さらに自分らしい暮らしに近づいていくことです。
- ✓ 最後に、『利用者ノート』の90日間の取り組みを終えてのページを記載し、この3カ月を振り返ります。その際には、利用者個々の頑張りを承認し、アクシブで身につけたことを終了後も自信をもって続けられるよう、気持ちを後押ししましょう。

参照様式

□ 個別サービス計画書

□ 利用者ノート

別紙資料

□ アクシブ評価マニュアル

⑩ 終了後モニタリング

概要	6カ月後に通所にて、生活状況等の評価を行う。
目的	支援プログラムの成果確認 利用者個々の取り組みが終了後も継続される為のきっかけ

- ✓ 開催前に相談員（ケアマネジャー）から『サービス終了後動向調査』による情報提供を受け、終了後の状況を共有します。そのうえで終了後モニタリングの開催日を設定し、利用者への連絡を行います。アクシブ終了時に既に日程が決定して利用者とは共有していた場合でも、リマインドも兼ねて開催の連絡を入れておきましょう。
- ✓ 初回・終了前アセスメントと同様の体力測定ならびにその他の測定を実施し、『個別サービス計画書』の2枚目に記載します。

参照様式

- サービス終了後動向調査
- 個別サービス計画書

別紙資料

- アクシブ評価マニュアル

渋谷区の通所型サービス



	国基準相当	サービスA (基準緩和型)	サービスC (短期集中)
事業の種類 (指定)	国基準相当通所型サービス	区独自基準通所型サービスA	区独自基準通所型サービスC
事業の種類 (算定)	通所型サービス (独自) 【国基準相当】	通所型サービス (独自/定率) 【区独自基準】	通所型サービス (独自/定額) 【区独自基準】
略称	国基準通所サービス	通所型サービスA	通所型サービスC
サービスコード	A6	A7	A8
支給限度管理	あり (一部対象外)	あり (一部対象外)	対象外
利用者負担	1割・2割・3割	1割・2割・3割	利用者負担なし (教材費等実費2,000円まで)

通所サービスC概要

- コース設定：おおむね3か月の期間に2-4回（複数単位・コース設定可能）
- サービス提供時間：90分以上2時間程度
- サービス提供場所：施設所在地以外も可（区に要事前相談）
- 定員：10人程度
- 面積：利用定員×2.3m²以上
- 終了後モニタリング：コース終了6月後に通所により体力測定等を実施
社会参加の継続状況を確認

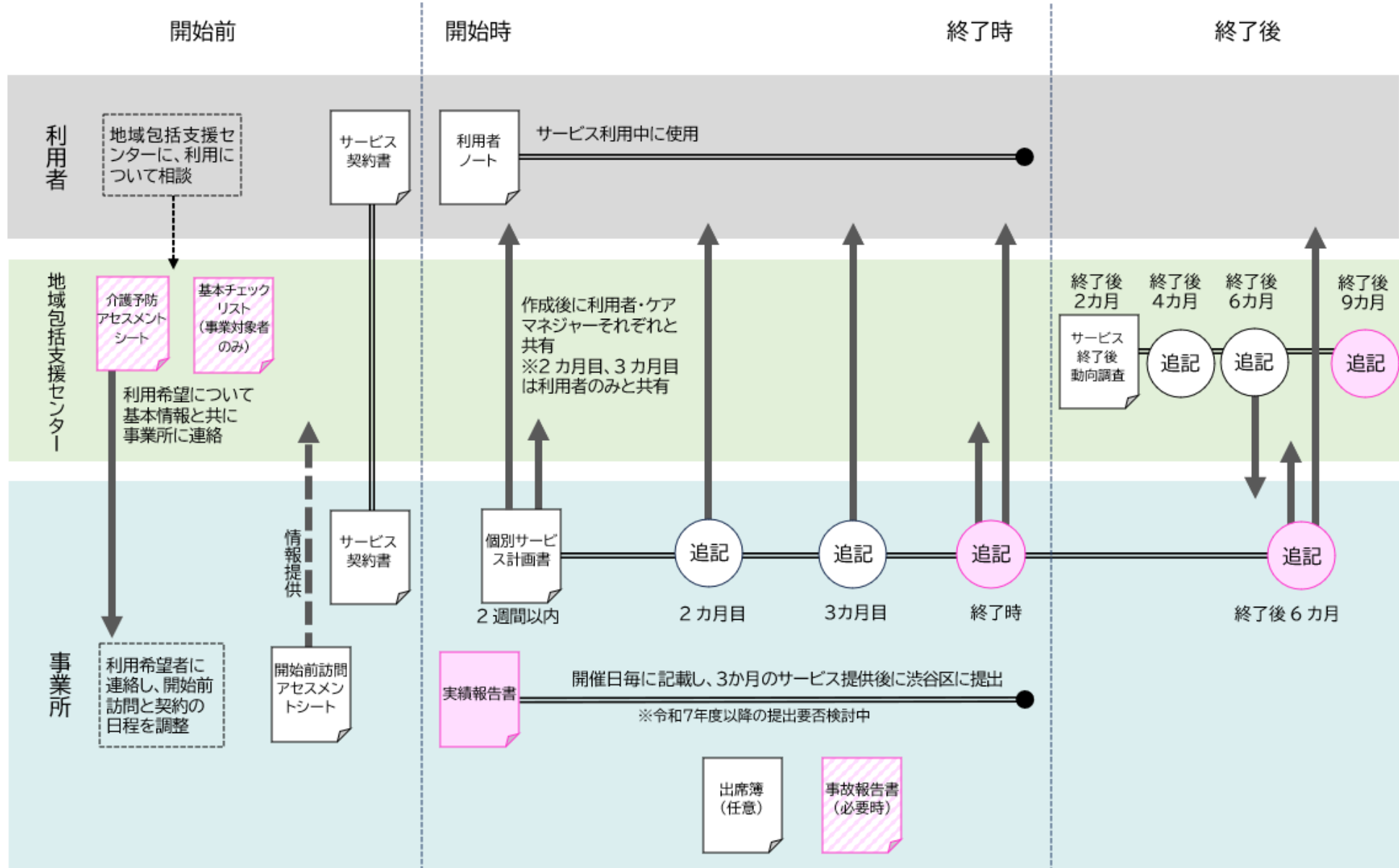
通所サービスC対象者

- 対象者：以下の全ての条件を満たす者
 - ①渋谷区に住所を有する
 - ②基本チェックリストによる事業対象者または要支援 1・2
 - ③国基準通所サービスを利用していない
 - ④通所型サービスAを週 2 回利用していない
 - ⑤地域包括支援センター等によるアセスメントでこの事業の参加が適切と認められた
 - ⑥事業の目的及び内容を理解し、自ら参加を希望する
 - ⑦過去 2 1 月（暦月）に通所型サービスCを利用していない
- 利用申込：地域包括支援センターを通じて各事業所と契約
 - 注）区の利用者決定から、事業所ごとの受付に変更

渋谷区通所型サービス C アクシブ 運営に要する書類の流れ

●これはアクシブ独自で使用する書類についての説明資料であり、通常の保険請求に関連する必要書類は別途必要となります。
●ピンクで表記された書類は渋谷区へ提出していただきます。

※基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストと介護予防アセスメントシートを区へ提出
※スポーツ安全保険の加入手続きはなくなります



指定予定事業所

	事業所名	令和6年度実施予定時期	実施場所・実施予定時間
①	日本赤十字社 総合福祉センター レクロス広尾	①令和6年6月4日～8月24日（火・木） ②令和6年10月1日～12月19日（火・木） ③令和7年1月28日～4月24日（火・木）	レクロス広尾 1F 15:00～16:30
②	原宿リハビリテーション病院	①令和6年5月9日～7月29日（月・木） ②令和6年9月～11月（曜日未定）	原宿リハビリテーション病院 2F 10:00～11:30
③	医療法人社団 輝生会 初台リハビリテーション病院	①令和6年5月21日～8月9日（火・金） ②令和6年10月1日～12月20日（火・金）	初台リハビリテーション病院 1F 15:10～16:40

令和6年度 通所サービスC実施予定（案）

	令和6年									令和7年						具体的実施日 実施時間帯
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
原宿リハ 第1コース		←→														5/9～7/29の月・木 10:00～11:30
初台リハ 第1コース		←→														5/21～8/9の火・金 15:10～16:40 ※変更となる可能性あり
レクロス広尾 第1コース			←→													6/4～8/24の火・木（8/13・15を除く） 15:00～16:30
原宿リハ 第2コース						←→										9/1～11/30の月～金曜日のいずれか2日 10:00～15:00の120分以内
初台リハ 第2コース							←→									10/1～12/20の火・金 15:10～16:40 ※変更となる可能性あり
レクロス広尾 第2コース							←→									10/1～12/19の火・木 15:00～16:30
レクロス広尾 第3コース										←→						1/28～4/24の火・木（2/11・3/20を除く） 15:00～16:30

アクシブの単位数

1単位は10.9円

名称	算定単位	単位数
基本単位数	1回につき	598単位
送迎加算	片道につき	50単位
開始前訪問加算	初月1回のみ	300単位
改善評価加算	最終月のみ	300単位
社会参加継続加算	事業終了6月後のみ	1,000単位

※ 改善評価加算及び社会参加継続加算は、令和9年3月31日までの時限

- ・国保連を經由しての給付に変更
- ・基本単位数には、生活機能向上・一体的サービス提供・サービス提供体制・処遇改善等の加算を内包
- ・**基本単位数・各加算ともに支給限度管理の対象外**

【参考】 1コース・1人当たり費用額（送迎なし）

基本単位数 598単位×25回×10.9円 = 162,955円（終了6月後のモニタリング含む）

加算要件

- ・開始前訪問加算：必要に応じて、ケアマネジャーと共に利用者の自宅を訪問し生活状況の確認及びアセスメントを行う
- ・送迎加算：必要に応じて、送迎を行う（片道のみに対応も可）
- ・改善評価加算：TUG・握力・開眼片足立ちの全てにおいて維持又は改善かつ、アクシブをきっかけに週1回以上の社会参加の機会が増えた
- ・社会参加継続加算：終了6月後の時点で週1回以上の**社会参加を継続**しているかつ、終了後モニタリング実施日前60日間において、**総合事業及び介護予防サービス（福祉用具除く）**を利用していない

ケアマネジメント費

1単位は11.4円

名称	概要	変更前	変更後
ケアマネジメントA	国基準サービス、サービスA、 サービスC（3月上限）	438単位	442単位
ケアマネジメントB	サービスCのみ利用でケアマネジメントAを3月算定後から9月上限（令和9年3月31日までに時限）	338単位	342単位
ケアマネジメントC	住民主体による支援の利用者に対して、上記A,B又は介護予防サービスの利用を含まない初回のみ介護予防ケアマネジメントを行った場合	238単位	242単位
初回加算	新規に上記A、Bのケアマネジメントを行った場合	300単位	300単位
委託連携加算	居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を提供し、ケアプランの作成等に協力した場合	300単位	300単位
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置を義務化し、本措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算 ケアマネジメントAのみ設定	(新規)	-1/100単位

加算・減算の概要について

【業務継続計画未実施減算】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症もしくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬を減算する。

【算定要件等】

- 以下の基準に適合していない場合
 - ・ 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること。
 - ・ 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。

※令和7年3月31日までの間、減算を適用しないため、令和6年度はケアマネジメント費に設定していない。

【高齢者虐待防止措置未実施減算】

- 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、全ての介護サービス事業者（居宅療養管理指導及び特定福祉用具販売を除く。）について、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）を義務化し、本措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

【算定要件等】

- 虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合
 - ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
 - ・ 虐待の防止のための指針を整備すること。
 - ・ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
 - ・ 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

ケアマネジメンツの取リ扱イ

事例 1) アクシブをきっかけに週1回以上の社会参加につながった場合

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
● 開始前 訪問	→ アクシブ (全24回)									● 終了後 モニタリグ			
		-----→ 週1回以上の社会参加を継続											
	ケア マネ ジメ ントA + 初回 加算	ケアマネジメ ントA	<p>ケアマネジメツB (9月限度)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 少なくとも2月に1回は電話等にて社会参加の状況をモニタリグし週1回以上の社会参加継続を促す ・ ケアマネジメツB最終月を目途に、フレイル測定会への参加を促す 										

※社会参加が継続されていない場合には、判明した以降のケアマネジメツBは算定できない

ケアマネジメントの取り扱い

事例 2) アクシブを途中でやめた場合

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
● 開始前 訪問	→ アクシブ (全24回)												
	ケアマ ネジメ ントA + 初回 加算	ケアマ ネジメ ントA											

※アクシブを途中で参加しなくなった場合には、最終参加月の翌月以降ケアマネジメント費は算定できない

ケアマネジメントの取り扱い

事例 3) アクシブは終了したが、社会参加につながらなかった場合

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
● 開始前 訪問	→ アクシブ (全24回)												
	ケア マネジ メントA + 初回 加算	ケアマネジメ ントA	ケアマネジメント費は算定できない										

※社会参加が継続されていない場合には、ケアマネジメントBは算定できない

通所型サービスC 修了後動向調査

この度は、お忙しい中通所型サービスC事業の実施にご協力いただき、感謝申し上げます。
サービス修了後、2カ月おきに9カ月まで、ご利用者様のご様子・社会参加のご動向についてモニタリングして、その結果をご記載ください。

利用者様: _____

事業所名: _____

【動向調査の提出】

6か月記入後 → 通所サービスC事業所へ

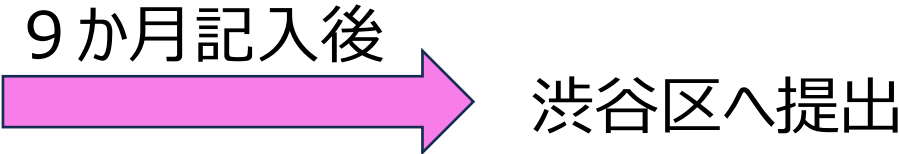
9か月記入後 → 渋谷区介護保険課へ

2 カ 月	モニタリング実施日: 年 月 日 記入者:	
4 カ 月	モニタリング実施日: 年 月 日 記入者:	
6 カ 月	モニタリング実施日: 年 月 日 記入者:	
	2カ月以内の総合事業サービス、介護保険の居宅サービス(福祉用具除く)・施設サービス・地域密着型サービス利用	有・無
9 カ 月	モニタリング実施日: 年 月 日 記入者:	
	2カ月以内の総合事業サービス、介護保険の居宅サービス(福祉用具除く)・施設サービス・地域密着型サービス利用	有・無

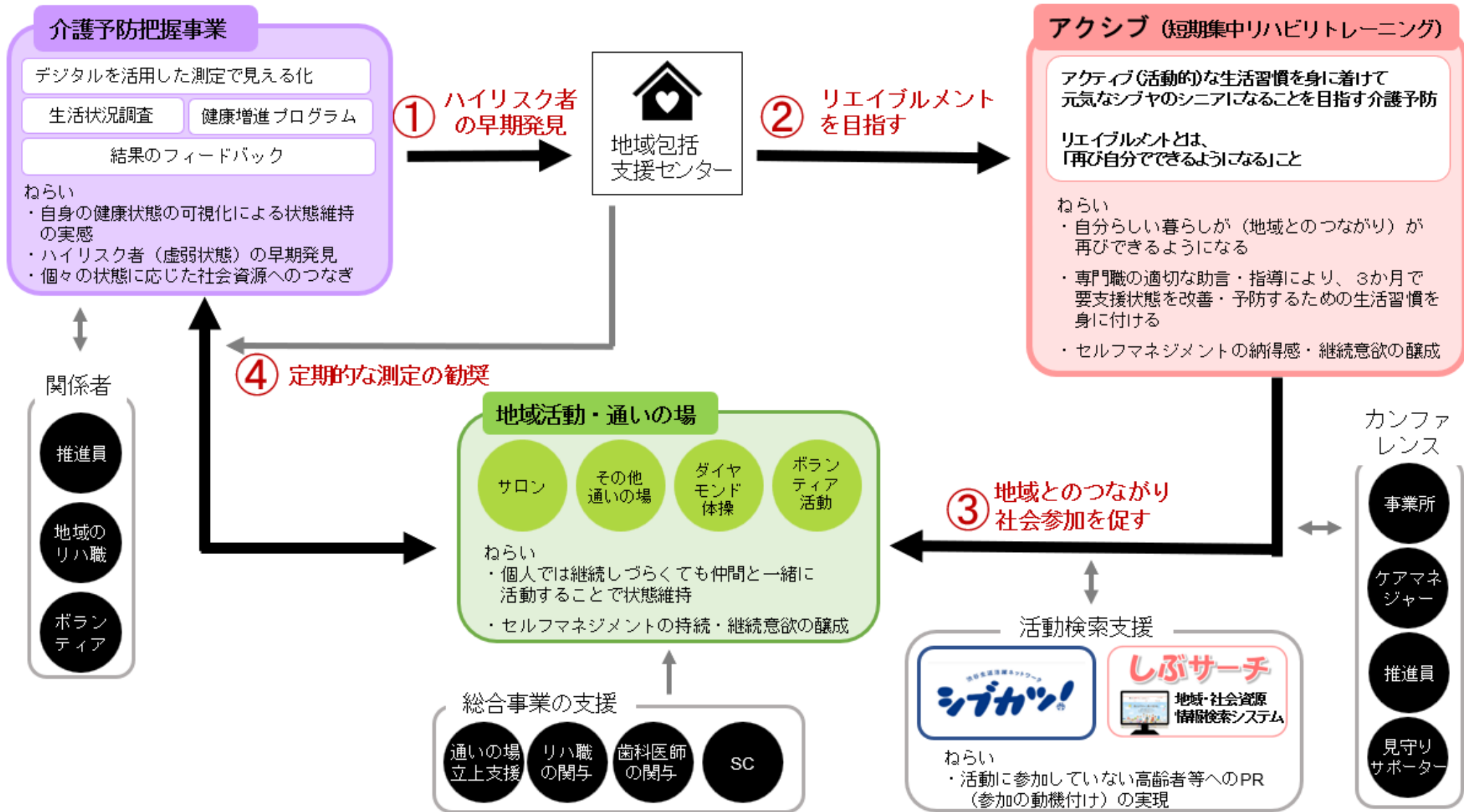
(記入例) 一人で買物に行けるようになった。
 ・通所Cで取り組んだ体操を、自宅でも続けている。
 ・転倒により状態が悪化してしまった。
 ・通所Cで行き始めた通いの場に行くのをやめたので、別の通いの場を紹介し、同行した。

渋谷区介護保険課介護総合事業係
 TEL 03-3463-1888
 Fax 03-5458-4934

モニタリングは
 対面でも電話でも構いません



事業循環イメージ



介護予防把握事業



- 目的
- ①自身の健康状態を把握、必要な取組を知ってもらうことで介護予防・フレイル予防に取り組む人を増やす
 - ②ハイリスク者を早期に把握し、アクシブに繋げることや早期の相談・支援を開始していくことを目指す
- 内容
- 体力測定、デジタルを活用した歩行、栄養、口腔、聴力等の測定、生活状況調査、健康増進プログラムをリハビリテーション専門職と協働して区内各所で実施
- ※ 参加者が楽しみながら気軽に参加できるよう詳細を検討中
- 実施時期 令和6年9～10月、令和7年2～3月（全11回予定）

事業対象者の取り扱いについて

令和6年3月31日まで

利用者区分	区分支給限度 基準額
事業対象者	5,032単位
要支援1	
要支援2	10,531単位

令和6年4月1日から

利用者区分	区分支給限度 基準額
要支援1	5,032単位
要支援2	10,531単位
事業対象者	

- ・要支援2と同様にサービスの利用が可能となります
- ・予防給付を必要としない場合には、要支援認定ではなく事業対象者に！