

八代市介護予防・日常生活支援総合事業実施マニュアル

(介護予防ケアマネジメント担当者向け)

本資料は、八代市における総合事業について、令和6年9月時点での内容を記載しています。今後変更となる点もありますのでご了承ください。

八代市高齢者支援課

令和6年9月改訂

目 次

1. 八代市の介護予防・生活支援サービス事業の内容について	P3
(1) 介護予防・生活支援サービス事業の構成	
(2) 事業の考え方	
2. 総合事業利用対象者について	P3
3. 介護予防・生活支援サービス事業の内容	P4
4. 介護予防ケアマネジメントについて	P6
(1) 八代市総合事業における介護予防ケアマネジメントの基本的な流れ・内容	
(2) 利用対象者像について（目安）	P7
(3) 多様なサービス利用中の要介護認定申請について	
(4) 介護予防サービス計画作成依頼届出書が必要な場合	P8
(5) 日割り計算について	
(6) 八代市介護予防・生活支援サービス事業における介護予防ケアマネジメントの類型	
① サービス内容とケアマネジメントの種類	
② ケアマネジメントの優先順位について	P9
③ 介護予防ケアマネジメントで使用する様式・事業所へ提出する書類（通所型サービスBのみの利用除く）	
④ 介護予防ケアマネジメントで使用する様式（通所型サービスBのみの利用の場合）	
⑤ 支給限度額の考え方	P10
(7) サービス毎の事業所評価・マネジメント評価・記録について	P11
(8) マネジメント費の請求について	P12
① 居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへのケアマネジメント費請求	
② 逡減制について	
5. その他	P13
(1) 生活保護受給者の介護扶助について	
(2) 「高額介護予防・日常生活支援総合事業サービス費」「高額医療合算介護予防・日常生活支援総合事業サービス費」について	
(3) 同居家族の生活援助について	
(4) 住所地特例対象者について	P14
参考資料	P15

1. 八代市の介護予防・生活支援サービス事業の内容について

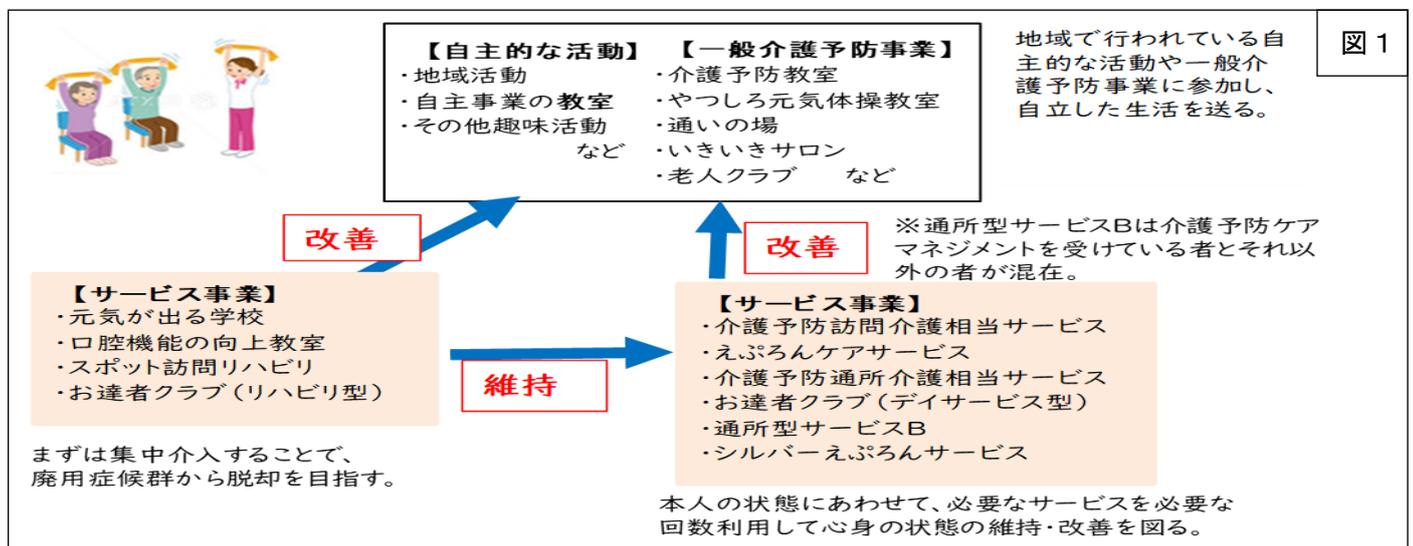
(1) 介護予防・生活支援サービス事業の構成とマネジメント

<表1>

第1号訪問事業	介護予防 訪問介護相当サービス	★を「多様なサービス」といいます。
	★えびろんケアサービス（訪問型A）	
	★シルバーえびろんサービス（訪問型B）	
	★スポット訪問リハビリ（訪問型C）	
第1号通所事業	介護予防通所介護相当サービス	※マネジメント詳細はP8
	★お達者クラブリハビリ型（通所型A）	
	★お達者クラブデイサービス型（通所型A）	
	★通所型サービスB	
第1号生活支援事業		
介護予防 ケアマネジメント	ケアマネジメントA	※マネジメント詳細はP8
	ケアマネジメントB	
	ケアマネジメントC	

(2) 事業の考え方

元気な時は地域で行われている自主的な活動や一般介護予防事業などに参加し、自立した生活を送ります。しかし、心身の機能低下がでてきた時には、対象者が自身の状況に合ったサービスを受けながら、心身の機能の維持・改善を図り、自立を目指すことを目的としています。



※新規の事業対象者が通所系サービスを利用する場合、**元気が出る学校**から利用する。

※一部校区(泉・東陽・坂本・二見)にお住まいの場合、元気が出る学校の送迎ができないため、通所系サービスの利用にあたっては、担当の地域包括支援センターに相談すること。

2. 総合事業利用対象者について

八代市に住所を有す、要支援1・2の認定者又は、基本チェックリストに該当し事業対象者として登録された者。

注1) 事業対象者としての有効期間は1年間（R6年5月12日登録→有効期限はR7年4月末）。

注2) 65歳未満の方については、事業対象者としてサービスを利用することはできない。

3. 介護予防・生活支援サービス事業の内容

＜表2-1＞

サービス		利用頻度	利用対象者	単位数	自己負担
訪問型サービス	介護予防訪問介護相当サービス ※居宅において、ホームヘルパーにより、入浴・排せつ・食事などの 身体介護 、掃除・買い物などの 生活援助 を行うもの。	週1回程度	要支援1・2	1,176 単位/月	負担割合証のとおり
		週2回程度		2,349 単位/月	
		週2回を超える	要支援2	3,727 単位/月	
	えびろんケアサービス ※在宅での生活に支援の必要な状況の独居の方に対し、ホームヘルパーにより、掃除・洗濯・買い物などの 生活援助 を行うもの（いずれも1回60分まで）。有料老人ホーム等の入居者は対象外。掃除のみの場合は月2回。	月2回	要支援1・2	586 単位/月	700 円 【月謝制】
		週1回	要支援1・2	1,172 単位/月	1,300 円 【月謝制】
		週2回以内	要支援2	2,340 単位/月	2,600 円 【月謝制】
	口腔機能の向上教室 ※歯科衛生士が自宅等を訪問し、口腔・食事に関する指導助言等を行うもの。	6回まで ※3～6か月の短期間	事業対象者 要支援1・2	支給限度額には計上しない。	無料
スポット訪問リハビリ ※リハビリ専門職がご自宅を訪問し、運動機能に関する指導助言等を行うもの。	4回まで ※6か月以内の短期間	事業対象者 要支援1・2	支給限度額には計上しない。	無料	
訪問型サービスB (シルバーえびろんサービス) ※市民ボランティアによる生活援助サービス。シルバー人材センターが窓口となりサービスを提供するもの。 1回60分まで。掃除のみの場合は月2回。（市民ボランティアのため、認知症等の方は「えびろんケア」を選択のこと。）	月2回 週1回	要支援1・2	訪問1回につき1,730円実施団体へ補助（173単位/回と換算）	1回300円	

※介護予防訪問介護相当サービスについては、事業所により加算減算があるので確認のこと。

<表 2-2>

サービス		利用頻度	利用対象者	単位数	自己負担	
通所型サービス	介護予防通所介護相当サービス ※施設に通い、入浴・排せつ・食事等の日常生活上の支援と機能訓練を行うもの。	週 1 回程度	要支援 1	1,798 単位/月	負担割合証 のとおり	
		週 2 回程度	要支援 2	3,621 単位/月		
	お達者クラブデイサービス型 ※施設に通い、運動、レクリエーション活動を通して機能訓練を行うもの。	単 独 型	週 1 回	事業対象者 要支援 1・2	1,637 単位/月	1,650 円 【月謝制】
			週 2 回以内	要支援 2	3,215 単位/月	3,300 円 【月謝制】
		一 体 型	週 1 回	事業対象者 要支援 1・2	1,584 単位/月	1,600 円 【月謝制】
			週 2 回以内	要支援 2	3,108 単位/月	3,200 円 【月謝制】
	お達者クラブリハビリ型 ※施設に通い、リハビリ専門職によるプログラムのもと、機能訓練を行うもの。	単 独 型	週 1 回	事業対象者 要支援 1・2	1,757 単位/月	1,800 円 【月謝制】
			週 2 回以内	要支援 2	3,452 単位/月	3,600 円 【月謝制】
		一 体 型	週 1 回	事業対象者 要支援 1・2	1,699 単位/月	1,700 円 【月謝制】
			週 2 回以内	要支援 2	3,338 単位/月	3,400 円 【月謝制】
	元気が出る学校 ※各専門職による運動、栄養、口腔プログラムを取り入れた複合型教室。	週 1 回 (全 16 回)	事業対象者 要支援 1・2	1,672 単位/月 ※利用者負担はないが、支給限度額には計上する。	無 料	
	通所型サービス B ※市民ボランティアやNPO 法人が主体となり自主的に運営。体操やレクリエーション等介護予防に関する内容で、半数以上が事業対象者、要支援 1・2。	週 1 回	事業対象者 要支援 1・2 一般市民	実施団体への補助金 3,000 円/回 ※支給限度額には計上しない。	実施団体で決められた額	

※介護予防通所介護相当サービスについては、事業所により加算減算があるので確認のこと。

4. 介護予防ケアマネジメントについて

(1) 八代市総合事業における介護予防ケアマネジメントの基本的な流れ・内容

＜表3＞

事業対象者として初めて登録する場合	事業対象者の更新の場合	要支援認定終了後、事業対象者として登録する場合
<p>① 対象者の状況を基本チェックリストで確認。</p> <p>② 基本チェックリストに該当した場合、<u>チェックリストを火曜日までに</u>担当の地域包括支援センターへ提出（高齢者支援課の締めが毎週水曜日のため）。</p> <p>③ 基本チェックリストを提出した週の木曜日に、高齢者支援課で事業対象者の登録を行う。<u>事業対象者の有効期間開始日は、チェックリストを提出した週の金曜日となる。</u></p> <p>④ 金曜日以降に介護予防サービス計画作成依頼届出書（居宅届）を包括から高齢者支援課に提出。（事業対象者の有効期間開始日がチェックリストを提出した週の金曜日となるため、介護保険被保険者証は金曜日以降でないとは発行できない。）</p> <p>⑤ 介護保険被保険者証を発行。</p>	<p>① 対象者の状況を基本チェックリストで確認。</p> <p>② 基本チェックリストに該当した場合、<u>チェックリストと介護保険被保険者証を、担当の地域包括支援センターへ提出（基本チェックリストの提出は、事業対象者の認定の有効期限終了月の1日からとする。）</u> <u>（例）有効期間が7月31日までの場合、7月1日から基本チェックリストを提出する。8月1日から翌年の7月31日まで1年間の有効期間となる。</u></p> <p>③ 基本チェックリストを提出した週の木曜日に、高齢者支援課で事業対象者の登録を行う。</p> <p>④ 介護予防サービス計画作成依頼届出書（居宅届）は提出不要。</p> <p>⑤ <u>次の認定有効期間が記載してある介護保険被保険者証を発行（発行日は基本チェックリストを提出した週の金曜日）。</u></p>	<p>（例1）7月31日まで要支援1の認定を持つ対象者が、要介護認定の更新申請をせず、8月1日から事業対象者としてサービスを利用する場合。</p> <p>（例2）7月31日まで要支援1の認定を持つ対象者が、要介護認定の更新申請の結果、8月1日から非該当となった場合。</p> <p>① 対象者の状況を基本チェックリストで確認。</p> <p>② 基本チェックリストに該当した場合、<u>7月の最終週の火曜日までに</u>担当の地域包括へ提出。</p> <p>③ 基本チェックリストを提出した週の木曜日に、高齢者支援課で事業対象者の登録を行う。事業対象者の有効期間開始日は、8月1日となる。</p> <p>④ <u>介護予防サービス計画作成依頼届出書（居宅届）を包括から高齢者支援課に提出。（8月中旬に）</u></p> <p>⑤ 介護保険被保険者証を発行。</p>
<p>⑥ 介護予防ケアマネジメント契約書、重要事項説明書を用いて説明し、同意のうえ契約（居宅介護支援事業所に再委託する場合も、必ず地域包括支援センターが行うこと）。介護予防ケアマネジメントを開始。</p>		
<p>⑦ 対象者の心身状況についてアセスメントを実施。</p> <p>⑧ 介護予防サービス計画書の原案を作成（ケアマネジメントB・Cについては簡易版のプランでも可）。</p> <p>⑨ 介護予防サービス計画書の原案内容について、担当の地域包括支援センターの確認を受ける。</p> <p>⑩ サービス担当者会議を開催。（ケアマネジメントB・Cは省略可能）。</p> <p>⑪ 介護予防サービス計画書の内容について、利用者及び家族へ説明を行い、署名等により同意を得る。</p> <p>⑫ 介護予防サービス計画書の交付（利用者、サービス提供者へ）。</p> <p>⑬ サービスの利用開始。</p> <p>⑭ 介護予防サービス計画書ほか一式を、地域包括支援センターへ提出すること（介護予防サービス計画書、興味関心チェックシート、基本チェックリスト、利用者基本情報、アセスメントシート、事業所計画書、利用票、事業所計画書を受け取るまでの支援経過が必要）。</p> <p>⑮ モニタリング・評価（ケアマネジメントの種類によって評価時期が異なる。10ページ〈表8〉参照。）</p> <p>⑯ 認定有効期間終了前の評価。</p>		

(2) 利用対象者像について（目安）

※以下はあくまでも目安のため、**要介護認定申請**を行おうとする場合や、**介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス**が必要と考える場合は、**必ず事前に**担当の地域包括支援センターへ相談すること。

図 2

事業対象者

- ・口腔機能の向上教室、スポット訪問リハビリ、元気が出る学校、通所型サービスB、お達者クラブ(週1回)、のいずれかを利用する場合。

要支援認定者

- ・介護予防サービス（住宅改修や福祉用具貸与、福祉用具購入、短期入所生介護、短期入所療養介護、通所リハビリテーション、訪問看護など）が必要な場合。
- ・えびろんケアサービス、**訪問型B（シルバーえびろんサービス）**利用の必要がある場合。
- ・総合事業サービスの利用回数については、4、5ページの〈表2〉を参照。

介護予防訪問介護相当サービス

介護予防通所介護相当サービス

- ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う場合。
- ・入浴や排せつ、食事などに直接的な介助が必要な場合。（見守りは除く。）
- ・不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、長時間の通所介護の利用や個別対応が必要な場合。
- ・要介護認定申請中であって、認定結果が要介護となる可能性が高く、暫定的に介護サービスの利用が必要な場合。
- ・その他、介護予防通所介護相当サービス、介護予防訪問介護相当サービスの利用が必要と考える場合は、事前に担当の地域包括支援センターへ相談し、利用の適否を検討すること。（サービスの選定にあたっては、「介護予防・生活支援サービス各サービス内容選定シート」を利用する。）

要介護認定者

- ・杖や歩行器を使用しても1人で歩行できないなど、上述の状態よりも介護の手間がかかる場合は、要介護認定の申請を行うこととなる。

(3) 「多様なサービス」利用中の要介護認定申請について

①事業対象者が新規申請を行う場合

- ・認定結果がわかるまでサービス利用をストップすることが基本。
- ・ただし、身体状況の悪化等に伴い要介護認定の新規申請を行う場合は、サービス利用をストップできないことが予想される。その場合は、対象者の身体状況に応じたサービスの選択が必要となるため、**要介護認定の新規申請前に**地域包括支援センターに必ず相談する。認定結果についても地域包括支援センターに連絡。

②要支援1・2の認定者が要介護認定の変更申請を行う場合

- ・多様なサービスを利用している要支援1・2認定者が、要介護認定の変更申請を行った後は、多様なサービスは利用せず、介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービスを利用すること。

（例）お達者クラブを利用していた要支援認定者が、4月1日で要介護認定の変更申請を行った場合、4月1日以降は介護予防通所介護相当サービスを利用する。（えびろんケアサービス利用者の方は、介護予防訪問介護相当サービスを利用する。）

- ・認定結果が要介護となった場合に備え、変更申請時にサービス担当者会議開催、居宅届出書提出が必要。
- ・介護予防訪問介護相当サービスや介護予防通所介護相当サービスの指定を受けていない事業所を利用している場合は、変更申請の前に、担当の地域包括支援センターへサービス利用について相談しておくこと。

③通所型サービスBのみの利用者は、事業対象者の新規申請及び要支援1・2認定者の変更申請を行う場合、要介護認定の可能性がある場合は利用を控える（本人の希望が強ければ継続利用可能だが、要介護認定の場合、ケアマネジメント費が請求できない）。前記以外は認定結果が出てからケアマネジメント費の請求を行う。

※「多様なサービス」の種類については、3ページを参照すること。

(4) 介護予防サービス計画作成依頼届出書が必要な場合

<表4>

区分	届け出の必要性
要介護⇒要支援	必要
要介護⇒事業対象者	必要
要支援⇒要支援	不要
事業対象者⇒事業対象者	不要
要支援⇒事業対象者	<u>必要</u>
事業対象者⇒要支援	<u>必要</u>

(5) 日割り計算について

- ・多様なサービスとショートステイサービスを併用する場合は、日割り計算となる。(参考資料1)

(6) 八代市介護予防・生活支援サービス事業における介護予防ケアマネジメントの類型

①サービス内容とマネジメントの種類

<表5>

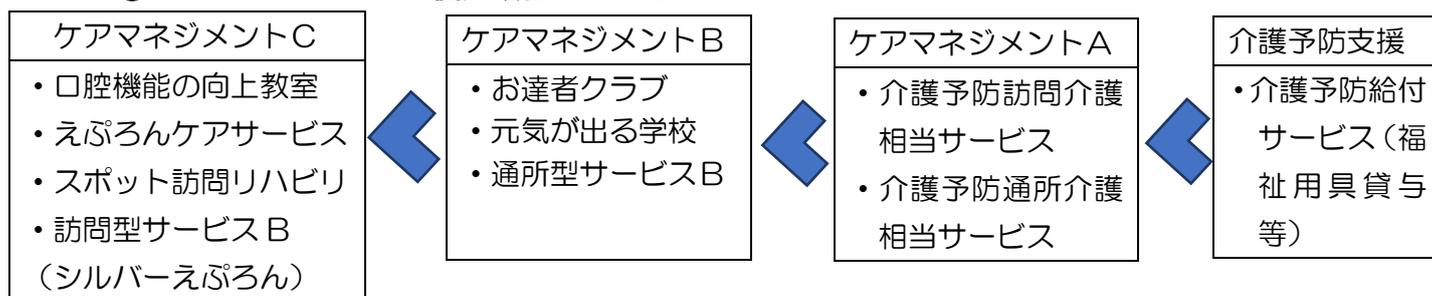
ケアマネジメント区分	適用サービス	費用請求区分	ケアマネジメント費	請求先
介護予防支援	・ 予防給付サービス（福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防通所リハビリテーション、訪問看護、訪問リハビリテーション）	介護予防支援事業費	4,420 円 ※指定事業所は 4,720 円	国保連
介護予防ケアマネジメントA	・ 介護予防通所介護相当サービス ・ 介護予防訪問介護相当サービス	介護予防ケアマネジメント費	4,420 円	国保連
介護予防ケアマネジメントB	・ お達者クラブ		3,100 円	国保連
	・ 元気が出る学校 ・ 通所型サービスB		3,100 円	八代市
介護予防ケアマネジメントC	・ えびろんケアサービス		1,520 円	国保連
	・ 口腔機能の向上教室 ・ スポット訪問リハビリ ・ 訪問型サービスB (シルバーえびろんサービス)	1,520 円	八代市	

※初回加算（3,000 円）、委託連携加算（3,000 円）は全てのマネジメントにおいて適用します。

※事業対象者⇒要支援、要支援⇒事業対象者の場合、初回加算は算定できない。(参考資料3)

マネジメントAについては、虐待防止措置未実施、業務継続計画未策定の場合、各40単位減算。

② ケアマネジメントの優先順位について



※サービスを併用する場合、より右側のサービスに相当するケアマネジメントを適用してください。

例 1) えびろんケアサービス(マネジメントC)とお達者クラブ(マネジメントB)併用の場合、ケアマネジメントBを適用する。

例 2) 月初めは福祉用具貸与(介護予防支援)とお達者クラブ(ケアマネジメントB)を併用していた者が、途中でお達者クラブ(マネジメントB)のみの利用となった場合、介護予防支援を適用。

※同月内で複数の種類のマネジメントが発生した場合は、月末時点のケアマネジメントではなく、最上位のマネジメントを適用すること。

③介護予防ケアマネジメントで使用する様式・事業所へ提出する書類(通所型サービスBのみの利用を除く)

<表6>

		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	サービス提供事業所へ提出する書類
1	利用者基本情報	○	○	○	
2	基本チェックリスト	○	○	○	○
3	アセスメントシート	○	○	○	
4	興味関心チェックシート	○	○	○	○
5	介護予防サービス・支援計画書	○	利用してもよい	利用してもよい	○(作成したプランを渡す)
6	介護予防サービス・支援計画書(簡易版)	×	○	○	
7	介護予防支援経過記録	○	○	○	
8	介護予防サービス支援評価表	○	利用してもよい	利用してもよい	
9	サービス提供票	○	○(元気になる学校、通所型Bは不要)	○(口腔機能の向上教室、スポット訪問リハビリ、訪問型Bは不要)	○(サービス利用前まで)

サービス担当者会議の記録(要点)などは、必要に応じて使用する。

※サービス提供事業所から実績票を毎月もらうこと。

④介護予防ケアマネジメントで使用する様式(通所型サービスBのみの利用の場合)

- ・(通所型サービスB用)基本チェックリスト及び介護予防サービス・支援計画書
- ・介護予防支援経過記録

⑥ 支給限度額の考え方

平成 29 年度より、給付請求については国保連合会の審査を経ることとなったため、予防給付サービスと総合事業を併用する場合は、一体的に管理する必要がある。多様なサービスについては自費サービスという考え方がないので、支給限度額を勘案しながら、サービスを組み立てること。

<表7>

事業対象者	50,320 円/月
要支援1	50,320 円/月
要支援2	105,310 円/月

例) 要支援2の認定で、福祉用具貸与+短期入所+お達者クラブ を利用する場合。

歩行支援用具利用単位(例:400 単位)+短期入所(例: $577 \times 7日 = 4,039$ 単位)+お達者クラブ週2回以内(日割り $99 \times 24日 = 2,376$ 単位) $= 6,815$ 単位
10,531 単位(要支援2の支給限度額)を超えていないので可。

(7) サービス毎の事業所評価・マネジメント評価・記録について

プラン内容に変更が生じた場合は、担当の地域包括支援センターの確認を必ず受けること。

<表 8>

	サービス	サービス事業所の評価時期	ケアマネジャーの評価時期	評価の記録
ケアマネジメントA	介護予防通所介護相当サービス	予防給付サービスと同様に、少なくとも3か月ごとに評価を行う	サービス事業所の評価を基に、少なくとも3か月ごとに評価を行う。	6か月・12か月評価は評価表へ。その他の月は支援経過への記載でも良い。
	介護予防訪問介護相当サービス			
ケアマネジメントB	元気になる学校	サービス終了前(3か月目頃)に評価を行う	サービス事業所の評価を基に、サービス終了前(3か月目頃)に評価を行う。	支援経過への記載で可 「評価表、サービス担当者会議の要点」を網羅した内容を支援経過に記載する必要がある。 いつ、どこで、誰が、どうした、がわかるように。
	お達者クラブ	・利用開始後6か月目 ・認定期間等終了前 (認定有効期間が1年を超える場合、ケアプラン見直しと同じタイミングで評価する。)	サービス事業所による評価をもとにマネジメント評価を実施する。併せて、今後のサービス継続の必要性や目標等を検討する。	
	通所型サービスB	なし	・利用開始後6か月目 ・以降6か月毎を目処に ・認定期間等終了前 ※基本チェックリストで評価を行い、今後を検討する。	
ケアマネジメントC	口腔機能の向上教室	・最終回	サービス事業所による評価を基に、マネジメント評価を実施する。	
	スポット訪問リハビリ	・最終回	サービス事業所による評価を基に、マネジメント評価を実施する。	
	えびろんケアサービス	・利用開始後1年経過前 ・認定期間等終了前 (認定有効期間が1年を超える場合、ケアプラン見直しと同じタイミングで評価する。)	サービス事業所による評価をもとにマネジメント評価を実施する。併せて、今後のサービス継続の必要性や目標等を検討する。	
	訪問型サービスB シルバーえびろんサービス	なし	シルバー人材センターからの情報をもとにマネジメント評価を実施する。併せて、今後のサービス継続の必要性や目標等を検討する。	

※ケアマネジメントA・Bについては、毎月のサービス事業所からの報告等をもとに、毎月サービスの利用を確認し、その内容を支援経過に記載する。

※元気が出る学校、口腔機能の向上教室、スポット訪問リハビリ、通所型サービスB、訪問型サービスB（シルバーえぷろんサービス）の利用中に認定期間終了となる場合は、認定期間終了前の評価を行い、必要に応じて認定申請もしくは基本チェックリストを実施します。その結果に応じてプラン変更等を行い、残りの期間の目標を再設定すること。

※サービスの追加などにより、評価時期がずれるなどした場合は、地域包括支援センターに評価時期を相談すること。

※認定の有効期間が2年や3年であっても、プランは1年ごとに必ず見直すこと。

(8) ケアマネジメント費の請求について

① 居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへのケアマネジメント費請求

□ 給付管理票（多様なサービスも含めて記載します。4ページ表2参照）

※ 前月のサービス内容と変更がある場合は、サービス利用票及び別表も提出。

□ 総括票：各居宅1枚にまとめる。マネジメントの種類がわかるように、A・B・C及び初回加算等について、それぞれの件数を記載。

また、余白等に市へ請求するもの全て（元気が出る学校、口腔機能の向上教室、スポット訪問リハビリ、通所型サービスB、訪問型サービスB、初回加算、委託連携加算）について、実績を記入（給付管理票が出ないため）。

□ 請求書：総合事業におけるケアマネジメント費のうち、B元気が出る学校、通所型サービスB、訪問型サービスB（シルバーえぷろんサービス）、C口腔機能の向上教室、スポット訪問リハビリについては、高齢者支援課⇒地域包括支援センター⇒居宅へ支払うこととなる。そのため、B・C及び加算について、実績に応じた請求書を地域包括支援センターに提出すること。

② 逓減制について

介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センターの実施件数（請求件数）、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けられておらず、居宅介護支援費の逓減制には含まれない。

5. その他

(1) 生活保護受給者の介護扶助について（参考資料2）

- ・要支援1・2認定者及び事業対象者で生活保護を受けている方についても、総合事業における利用者の自己負担・利用料負担は介護扶助の給付対象となる。
- ・食費については自己負担。入浴についても自己負担となる場合がある。

注) 65歳未満の生活保護受給者で何らかのサービスが必要な場合は、生活援護課と相談の上、まずは障害者総合支援法上のサービス利用を検討することになる。

生活援護課への提出物：介護予防(通所・訪問)介護相当サービス、多様なサービスどちらを利用する場合もケアプランと利用票を提出する。介護扶助の内容が変更になった場合、更新認定の場合は、再度ケアプランと利用票の提出が必要。

(2) 「高額介護予防・日常生活支援総合事業サービス費」「高額医療合算介護予防・日常生活支援総合事業サービス費」

総合事業では、指定事業者によるサービス（介護予防(通所・訪問)介護相当サービス、お達者クラブ、えびろんケアサービス）の利用者負担分が「高額介護予防・日常生活支援総合事業サービス費」「高額医療合算介護予防・日常生活支援総合事業サービス費」の対象となる。

該当者には、高齢者支援課から申請勧奨通知を送付する（1度口座情報を登録すると、その後に該当した場合は自動振込み）。

(3) 同居家族の生活援助について

同居家族がいる場合は、原則として生活援助サービスは利用できない。

インフォーマルサービス等の利用を経てもなお、生活援助サービスが必要と考える場合は、サービス担当者会議開催前に、「同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート」等の必要書類を、担当の地域包括支援センターへ提出し、導入の可否について確認を受けること。最終的には高齢者支援課で確認しますので、時間に余裕を持って提出してください。

(4) 住所地特例対象者について

住所地特例対象者の総合事業は、施設所在地の市町村が実施することとなっている。

住所地特例対象者や、住民票のある市町村以外の場所に居住されている場合などパターンによって取り扱いが異なる。

＜表9＞

パターン	住民票	居住地	保険者	居宅届・チェックリスト提出先	総合事業サービス利用可否
1:通常のパターン	八代市	八代市	八代市	八代市	すべて利用可
2:他市町村住所地特例のパターン	八代市	八代市	他市町村	八代市	指定事業所によるサービスのみ利用可（学校と口腔、スポット訪問リハ、訪問Bは利用できない）。
3:住所地特例の場合	他市町村	他市町村	八代市	他市町村	施設所在地の市町村の総合事業を利用。 ※施設所在地の市町村により取り扱いが異なるため、施設所在地の市町村に確認する。
4:住民票以外の住所地に居住のパターン	八代市	他市町村	八代市	八代市	すべての総合事業サービスについて利用不可。 ※予防給付サービスについては利用可。 ※住民票異動が必要。

※パターン2：他市町村住所地特例者のケアマネジメントを行う場合は、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届出書を、八代市へ(八代市の様式で可)提出する。

※パターン2：認定情報の提供を受ける場合は、保険者自治体のHPや介護保険窓口を確認する事。基本的に契約者（地域包括支援センター）にしか提供されない。

八代市の場合は、八代市ホームページ「要支援認定関係情報提供の手続きについて」を参照の事。

參考資料

【日割り計算について マニュアル8ページの参考資料】

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。

- ・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
- ・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。

※サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。
月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

<対象事由と起算日>

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2	
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（独自） ※月額包括報酬の単位とした場合	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）（通所型サービス（独自）のみ） ・区分変更（事業対象者→要支援）（通所型サービス（独自）のみ）	変更日	
	・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除	契約日	
	・利用者との契約開始	契約日	
	開始	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※1）	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※1）	契約解除日の翌日	
	・介護予防短期入所生活介護の退所（※1）	退所日の翌日	
	・介護予防短期入所療養介護の退所・退院（※1）	退所・退院日又は退所・退院日の翌日	
	・公費適用の有効期間開始	開始日	
	・生保単独から生保併用への変更（65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日	
	終了	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）（通所型サービス（独自）のみ） ・区分変更（事業対象者→要支援）（通所型サービス（独自）のみ）	変更日
		・区分変更（事業対象者→要介護） ・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日）
		・利用者との契約解除	契約解除日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居（※1）	入居日の前日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始（※1）	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
		・介護予防短期入所生活介護の入所（※1）	入所日の前日
		・介護予防短期入所療養介護の入所・入院（※1）	入所・入院日又は入所・入院日の前日
		・公費適用の有効期間終了	終了日

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りを行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。（※3） ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。 	
日割り計算用サービスコードがない加算及び減算	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りを行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。（※1） ・月の途中で要介護度（要支援含む）に変更がある場合は、月末における要介護度（要支援含む）に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。（月途中で介護保険から生保単独、生保併用に変更となった場合も同様） 	

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。

なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。

※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

○月の途中で、小規模多機能型居宅介護の利用を開始又は終了した場合は、利用開始前又は利用終了後の居宅介護（介護予防）支援事業所が小規模多機能型居宅介護を含めてその利用に係る「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護（介護予防）支援費の請求を行う。

八代市介護予防・日常生活支援総合事業における月額包括報酬の日割請求の取り扱いについて

総合事業サービスにおける日割請求の取り扱いについては、原則は厚生労働省の通知に従い行うものとしており、新たに国から通知があった場合は、通知に従った取り扱いとなります。

1. 日割りに関する通知等

	通知等	要旨
1	R2.3.6 厚労省「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取り扱いについて（第4報）」問4	総合事業通所型及び訪問型サービス提供事業者が休業した場合、市町村の判断で日割計算を行うことが可能である。
2	R2.12.25 八代市長寿支援課 新型コロナウイルス感染症の影響で休業した場合の八代市介護予防・日常生活支援総合事業の日割請求について（通知）	利用日に休業の期間が重なれば、その期間を除いて日割り請求を行う。ただし、休業の期間が利用日に影響しなかった場合や振替により利用回数に影響がない場合は日割りをしない。
3	R3.1.4 八代市長寿支援課 新型コロナウイルス感染症の感染予防のため利用者に対しサービスの利用を控えるよう依頼した場合の請求について（通知）	利用日に利用控え依頼の期間が重なれば、その期間を除いて日割り請求を行う。ただし、利用控えの期間が利用日に影響しなかった場合や振替により利用回数に影響がない場合は日割りをしない。

令和5年5月8日から新型コロナウイルス感染症は5類感染症となり、上記は廃止されていますが、今後新たな感染症が発生した場合は、これに準じる取り扱いが予想されます。

2. 通知等が出ていない事例について

令和4年8月時点において、詳細の内容を厚生労働省に確認中ですが、令和6年9月現在回答はありません。日割りとなるか判断に困るときは高齢者支援課介護予防係までお問い合わせください。

生活保護受給者の総合事業等の利用について	
40歳～64歳	65歳以上(第1号被保険者)
基本チェックリストは使えません	基本チェックリストに該当＝事業対象者
	【利用可能サービス】 総合事業(口腔機能の向上教室、スポット訪問リハビリ、お達者クラブ、元気が出る学校、通所型サービスB)のみ利用可能
	【給付】 総合事業に係る支給(9割)+介護扶助(1割)
要支援認定あり 特定疾病に起因するものに限定	要支援認定あり
【利用可能サービス】 総合事業、介護予防サービス利用可能 (介護予防訪問介護相当サービス、えぷろんケアサービス、口腔機能の向上教室、スポット訪問リハビリ、介護予防通所介護相当サービス、お達者クラブ、元気が出る学校、通所型サービスB、 訪問型サービスB)、訪問看護や福祉用具など	【利用可能サービス】 総合事業、介護予防サービス利用可能 (介護予防訪問介護相当サービス、えぷろんケアサービス、口腔機能の向上教室、スポット訪問リハビリ、介護予防通所介護相当サービス、お達者クラブ、元気が出る学校、通所型サービスB、 訪問型サービスB)、訪問看護や福祉用具など
【給付】 医療保険あり 第2号被保険者 保険給付もしくは総合事業に係る支給(9割)+介護扶助(1割) 医療保険なし 介護保険被保険者ではない者 介護扶助(10割)	【給付】 保険給付もしくは総合事業に係る支給(9割)+介護扶助(1割)
(参考) 要介護認定あり 特定疾病に起因するものに限定	(参考) 要介護認定あり
【利用可能サービス】 介護サービスのみ利用可能	【利用可能サービス】 介護サービスのみ利用可能
【給付】 医療保険あり 第2号被保険者 保険給付(9割)+介護扶助(1割) 医療保険なし 介護保険被保険者ではない者 介護扶助(10割)	【給付】 保険給付(9割)+介護扶助(1割)

平成27年6月5日老振発0605第1号別紙1 7報酬(単価、加算)、支払初回加算の算定要件

- ① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合。(契約の有無にかかわらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過※した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合。)
- ② 要介護者が要支援認定を受け、あるいは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。
なお、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、事業対象者として総合事業のサービス利用に移行する場合は初回加算は請求できません。

注意 ※においては、過去2カ月以上経過している、且つ、新たなアセスメントの実施後、計画を作成した場合に算定できる。計画の見直しが無い場合は算定できない。 H28.6.14 通知済

参考資料4

押印の廃止について

老高発0316第3号 老認発0316第6号 老老発0316第5号 令和3年3月16日付通知により、文書の取り扱いについて、電磁的記録を可とされた事、利用者又はその家族等の承諾により電磁的な方法で交付、説明、同意、承諾、締結を行う事が可とされた。

この中で、押印についてのQ&A令和2年6月19日内閣府・法務省・経産省を参考にすることが示されていることから、原則押印は廃止となる。

参考資料5

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの「委託連携加算」「初回加算」について

R3.10.4

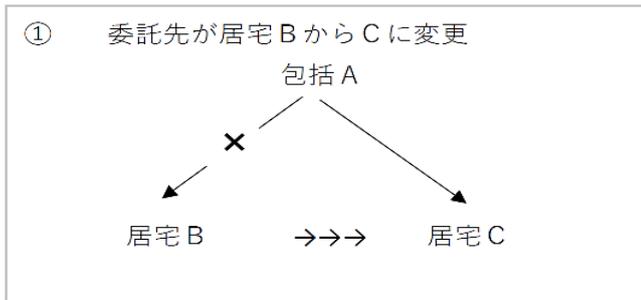
【委託連携加算とは】

介護予防支援(ケアマネジメント)事業所が利用者に提供する介護予防支援(ケアマネジメント)を指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供^{※1}し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日^{※2}の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

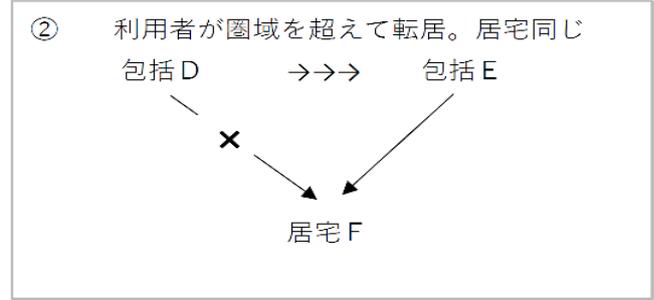
※1 地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の双方で必要書類の受け渡し等を行い、双方がその旨を経過記録に記載した場合

※2 地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託し、サービスを開始した日

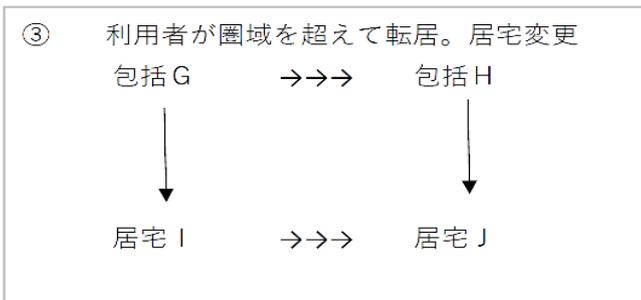
八代市における算定基準 例示



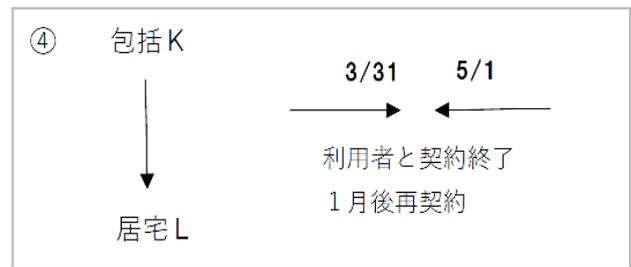
初回加算 × 委託連携加算 ○



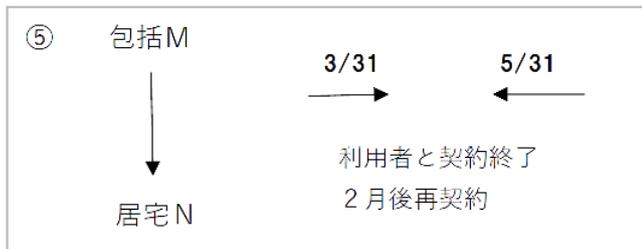
初回加算 ○ 委託連携加算 ×



初回加算 ○ 委託連携加算 ○



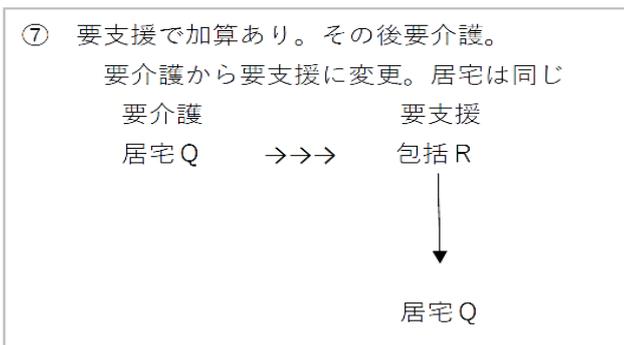
初回加算 × 委託連携加算 ×



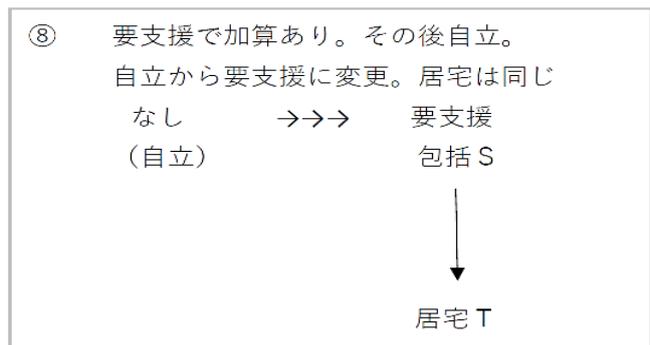
初回加算 ○ 委託連携加算 ○



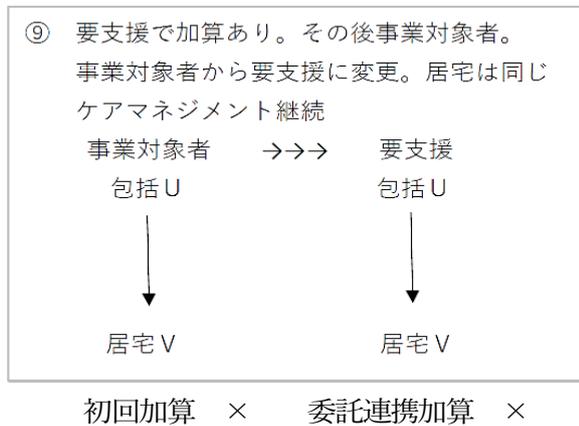
初回加算 ○ 委託連携加算 ×



初回加算 ○ 委託連携加算 ○



初回加算 ○ 委託連携加算 ○



- ⑩ 市外からの転入
初回加算 ○ 委託連携加算 ○
- ⑪ 委託先の居宅内での担当変更
初回加算 × 委託連携加算 ×
- ⑫ 軽微な変更
初回加算 × 委託連携加算 ×

※上記以外の例で、加算の判断に困る場合は、高齢者支援課にご相談ください。

【 留意事項 】

本加算の具体的な基準については、厚生労働省からの見解が示されないことから、八代市独自で設定したものになります。そのため、保険者により考え方に相違がある場合があります。

また、今後、厚生労働省から見解が示された場合は、当該見解に基づき基準に変更が生じる可能性がありますのでご注意ください。

以降、様式集（P23～P31）

- ・「えびろんケアサービス」計画書①（新規・継続）
- ・「えびろんケアサービス」計画書②（新規・継続）
- ・「えびろんケアサービス」提供確認票
- ・「えびろんケアサービス」評価表
- ・「お達者クラブリハビリ型」個別機能改善計画書
- ・「お達者クラブリハビリ型」個別機能アセスメント・評価報告書（前半）
- ・「お達者クラブリハビリ型」個別機能アセスメント・評価報告書（後半）
- ・「お達者クラブ」個別サービス計画書
- ・「お達者クラブ」体力測定記録表及び評価表

「えびろんケアサービス」計画書①（新規・継続）

計画事業所		作成 年月日	前回	令和 年 月 日
計画作成者名			今回	令和 年 月 日
利用者名	□男 □女	住所		
生年月日	□大正 □昭和 年 月 日	認定区分	要支援(□1 □2) □事業対象者	
認定日	令和 年 月 日	認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	
利用頻度	□週1回 □週2回 □月2回			
主たる 介護者	(続柄)	連絡先(住 所)	(電話)	
包括又は 居宅介護支援事業所		担当の介護支援専門員		

【日常生活全般の状況】

【援助目標】

【本人及びご家族様の意向・希望】

【本人及びご家族様へのお願い(ご家族がなさること)】

【具体的援助内容】

援助項目	援助方法	留意事項

「えぷろんケアサービス」計画書②（新規・継続）

【サービス計画期間】 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

時間	日	月	火	水	木	金	土	特記事項
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								

*「えぷろんケアサービス」であることから、「早朝」「夜間」「深夜」の時間帯については、表記しておりません。

【「えぷろんケアサービス」以外の利用中のサービス】

①

②

③

④

【備考】

「えぷろんケアサービス計画書①②」についての説明を受け、内容に同意いたします。

(説明同意日)
令和 年 月 日

(署名等)

「えびろんケアサービス」提供確認票

利用者氏名		訪問年月	月利用分
-------	--	------	------

区分	特記事項		
生活援助			
訪問日時			
月 日() 時 分			
サービス内容			
訪問時間 <input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 変更			
メニュー <input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 変更			利用者確認欄 サイン又は印
サービス提供者			
区分	特記事項		
生活援助			
訪問日時			
月 日() 時 分			
サービス内容			
訪問時間 <input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 変更			
メニュー <input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 変更			利用者確認欄 サイン又は印
サービス提供者			
区分	特記事項		
生活援助			
訪問日時			
月 日() 時 分			
サービス内容			
訪問時間 <input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 変更			
メニュー <input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 変更			利用者確認欄 サイン又は印
サービス提供者			
区分	特記事項		
生活援助			
訪問日時			
月 日() 時 分			
サービス内容			
訪問時間 <input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 変更			
メニュー <input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 変更			利用者確認欄 サイン又は印
サービス提供者			
訪問事業責任者	(特記事項があれば記入する) 署名		

「えびろんケアサービス」評価表

評価表作成者名		作成年月日	令和 年 月 日
利用者氏名		評価年月	月利用分
利用者側応対者	(続柄)		(続柄)
評価時訪問職員			
利用者の変化の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 利用者本人・家族等の状況(変化・特記事項など)		
利用者の満足度	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 概ね満足 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> その他		
家族の満足度	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 概ね満足 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> その他		
サービス内容の問題点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
訪問介護員の技術等の問題点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
サービス内容・訪問介護員等に対する利用者・ご家族の意見等			
計画書の見直し	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()		
事業所内カンファレンス実施	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()		
計画の見直し、検討内容、今後の方針等			
継続利用の必要性 *理由については、「なし」「あり」に関わらず記入すること	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由)		
地域包括支援センター、居宅介護支援事業所へ連絡すべき特記事項			

管理者

訪問事業責任者

「お達者クラブ（リハ型）」個別機能改善計画書

実施事業所:

計画作成者: (職種:)

計画作成日: 令和 年 月 日 (初回作成日: 令和 年 月 日)

利用者氏名	様	生年月日	年 月 日	歳	性別
対象条件	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 事業対象者		有効期限 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)		
利用頻度	<input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回				
ケアプランの目標					
ケアマネジメント担当者・事業所名					
健康状態 (現病歴など)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()				
痛み (VAS表記)					
課題分析情報					
課題分析からみる教室の目標					
プログラム実施上の注意点など					
	1~3ヶ月目		4~6ヶ月目		
目標					
内容					

(計画に関する同意)

上記計画について、同意いたします。

(署名等)

令和 年 月 日	氏名
----------	----

ケアマネジメント担当者への報告事項

--

「お達者クラブ（リハ型）」個別機能アセスメント・評価報告書（前半）

居宅事業 所番号		様	実施事業所番号			
担当 ケアマネ			実施事業所			
被保険者 番号			アセスメント・ 評価報告者		職種	
利用者			様			
ケアプランの目標						
教室の目標						
アセスメント・評価項目		教室開始時（令和 年 月 日）		開始から5ヶ月目（令和 年 月 日）		
体力測定	握力	（右）	1回目	2回目	1回目	2回目
		（左）				
		（平均）				
	開眼片 足立ち	右・左				
	Timed Up & Go					
	通常5m歩行テスト					
	補助具使用					
	痛み	（VAS表記）				
基本チ ェック リス ト	運動器		/5		/5	
	栄養改善		/2		/2	
	口腔ケア		/3		/3	
	閉じこもり予防		/2		/2	
	認知症予防		/3		/3	
	うつ予防		/5		/5	
	生活機能		/20		/20	
経過	経過報告		1～3ヶ月目		5ヶ月目面談	
	コメント					
課題分析から見る 目標達成状況						
評価者コメント						
教室終了後のフォロー						

「お達者クラブ（リハ型）」個別機能アセスメント・評価報告書（後半）

居宅事業 所番号		様	実施事業所番号			
担当 ケアマネ			実施事業所			
被保険者 番号			アセスメント・ 評価報告者		職種	
利用者			様			
ケアプランの目標						
教室の目標						
アセスメント・評価項目		開始から5ヶ月目（令和 年 月 日）		開始から10ヶ月目（令和 年 月 日）		
体力測定	握力	（右）	1回目	2回目	1回目	2回目
		（左）				
		（平均）				
	開眼片 足立ち	右・左				
	Timed Up & Go					
	通常5m歩行テスト					
	補助具使用					
	痛み	（VAS表記）				
基本 子 エ ッ ク リ ス ト	運動器		/5		/5	
	栄養改善		/2		/2	
	口腔ケア		/3		/3	
	閉じこもり予防		/2		/2	
	認知症予防		/3		/3	
	うつ予防		/5		/5	
	生活機能		/20		/20	
経過	経過報告		1～3ヶ月目		4～6ヶ月目	
	コメント					
課題分析から見る 目標達成状況						
評価者コメント						
教室終了後のフォロー						

「お達者クラブ」個別サービス計画書

		実施事業所:										
被保険者 番号			計画作成者:			職種						
			計画作成日:	令和	年	月	日					
利用者氏名			この計画の期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	様	生年月日		昭和	年	月	日	歳	性別			
対象条件	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2		認定の有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
利用頻度	<input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回											
ケアプランの目標 (ケアプランから転記してください。)												
ケアマネジメント担当者												
ケアマネジメント事業所												
健康状態		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛み () <input type="checkbox"/> 麻痺 () <input type="checkbox"/> その他 ()										
★お達者クラブでの目標												
利用上の留意点												
内容												

(計画に関する同意)

上記計画について、同意いたします。

(署名等)

令和 年 月 日	氏名
-------------------	----

ケアマネジメント担当者への報告事項

「お達者クラブ」体力測定記録表及び評価表

被保険者番号			計画作成日	令和	年	月	日
利用者氏名		様	お達者クラブ 実施事業所				
ケアマネジメン ト担当者			評価担当者				
ケアプランの目標 (ケアプランから転記して ください。)							
★お達者クラブでの目標							
評価の時期			事前評価		事後評価		
評価実施年月日			令和 年 月 日		令和 年 月 日		
測定回数			1回目	2回目	1回目	2回目	
運動機能測定	握力	右	kg		kg		
		左	kg		kg		
		平均	kg		kg		
	開眼片足立ち	右・左	秒	秒	秒	秒	
	Timed Up & Go		秒	秒	秒	秒	
	通常5m歩行テスト		秒		秒		
	経過について、 特記すべき事項 があれば記入						
★お達者クラブでの 目標に対する 達成状況 (終了時評価)		達成					
		未達成					
			記入日				