

門真市元気はつらつ訪問 実施マニュアル（介護支援専門員用）

令和 7 年 8 月
門真市高齢福祉課

目的

元気はつらつ訪問（訪問型サービス C）は、生活行為に課題のある者（以下、利用者）に対し、リハビリ専門職が居宅を訪問し、生活上の課題を総合的に把握、評価した上で、心身の状況や置かれている環境等に応じて適切な指導を実施することで、利用者自身が介護予防についての意識や日常生活の活動を高められるよう、リハビリ専門職の面談を中心とした関わりによってセルフマネジメント力を向上させ、住み慣れた地域や住環境において可能な限り自立した生活を営むことができるよう支援する。

また、サービス終了後は、セルフケアや地域の通いの場への参加等、利用者自身が主体的に健康づくりや介護予防活動に取り組むことができるよう、意識改革や参加の支援を行い、介護保険サービスに依存しない生活につなげる。

対象者

- ・新規の要支援者及び事業対象者（2号被保険者含む）
（ただし、アセスメントにより必要と判断された場合、新規認定者に限らない。）
- ・生活課題改善のために訪問によるサービスの支援が必要な者
- ・標準的な状態像：介護予防通所介護相当サービスの対象以外で医師から運動制限の指示がない者

※なお、元気はつらつ訪問の待機が長く発生する場合には、上記の状態に限らず利用可能とする。

3～6か月間の短期間で生活課題が改善できる、セルフマネジメント力の向上が図れる場合等は元気はつらつ訪問の対象となります！

対象外

病名等	対象外の確認方法
がん末期	主治医意見書または医師に確認する
認知症	主治医意見書における認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上
難病	特定医療費（指定難病）受給者証、主治医意見書または医師に確認する
精神疾患	自立支援医療・精神障がい者手帳対象者 ※ただし、地域包括支援センターまたは委託のケアマネジャーのアセスメントにより、精神疾患が疑われる場合も対象外とする。

40歳以上 65歳未満の介護保険の被保険者でない被保護者で要支援1・2の認定者（みなし2号）は対象外

利用料

1～12回目 1回あたり300円（1～3割負担及び給付制限期間であっても一律）

13～24回目 1回あたり500円（1～3割負担及び給付制限期間であっても一律）

※給付制限はかからない。

★生活保護受給者について

○利用料は生活保護受給者がいったん事業所へ支払い、保護課担当ケースワーカーに申請することで、後日保護課より利用料分が生活保護受給者へ支給される。

○保護課へ提出するもの

・領収書（利用した日付分かるようにする）のコピー

・明細・内訳書

・保護課の申請書 → ①保護費変更申請書 ※サービス事業所の署名が必要です。
②介護利用明細書
③生活保護介護扶助認定の新規方針変更届

※以下、元気はつらつ訪問事業所のことを「事業所」と記載します。

留意点

○単に利用者とリハビリテーション専門職と一緒に運動を行うものではなく、リハビリ専門職の面談を中心とした関わりによって利用者自身がセルフマネジメント力を向上させ、生活課題の解決をめざす事業です。

○元気はつらつ訪問は指定ではなく、門真市からの委託事業として実施します。

（事業所は事業実施費を門真市に請求し、門真市から直接事業所へ委託料を支払う）

○利用は回数制です。

原則週1回（計12回）実施します。

※訪問1回につき45～60分。

※課題解決が未達成であれば最大12回（計24回）まで延長してサービス提供可。ただし、市や包括等に相談の上、事業所が判断する。

○元気はつらつ訪問を利用する場合、リハ職同行訪問は必須ではありません。

（ただし、対象者選定に悩む場合などは必要に応じて利用することは可能です）

○事業所の事前訪問はサービス担当者会議を兼ねて実施します。

○元気はつらつ訪問利用申請書を対象者に記載してもらい、事業実施します。

（事業所の重要事項説明書や運営規定の説明、契約行為は行いませんが、事業所によっては事業利用中の事故等に関する誓約などを行う場合もあります）

○訪問リハビリではなく医師の指示書もないため、リハビリテーションを行うことはできません。

○訪問終了3・6か月後モニタリング報告書は地域包括支援センターと市に提出してください。

- モニタリング実施時に介護予防支援費、介護予防ケアマネジメント費、介護支援費を算定していない場合は、ケアマネジメントB（300単位）を算定することが可能です。
- ※ケアマネジメントB以外で算定する場合も、モニタリング報告書は必ず提出してください。

流れ ※あくまで目安となりますので、順番が前後する場合があります。

1. 事業開始前

①【CM】利用者の選定

高齢者からの相談等により、自宅訪問などを通して本人の訴え、住環境、現病歴や既往歴、経過等を聞きながら、課題となる生活動作を確認し、生活課題の明確化や阻害要因の特定、住環境の確認、日々の活動量や内容等、さまざまな領域からアセスメントをする。

元気はつらつ訪問の対象者が悩む場合には、リハビリ専門職同行訪問事業を活用する。

②【CM】事業利用の判断

元気はつらつ訪問の利用が適切と判断した場合には、元気はつらつ訪問の目的や流れ等を説明し、合意形成を行う。

※本事業は訪問リハビリではなく、あくまで生活課題解決（セルフマネジメント力向上）のための面談を主とした事業であることを説明し、利用者の理解を得ておくこと。

③【包括】介護予防ケアマネジメント利用契約締結

地域包括支援センターが利用者に、介護予防ケアマネジメント利用にあたっての重要事項の説明を行い、契約を締結する。

④【CM】元気はつらつ訪問の利用調整

事業所の担当者に、対象者の概要を伝えながら、利用の空き状況、事前訪問日時等を確認し、利用開始日を調整する。

⑤【CM】ケアプラン（原案）及び必要書類の作成

対象者のアセスメント内容を踏まえて、居宅サービス計画（原案）及び必要書類の作成を行う。

○利用者基本情報 ○生活機能評価 ○基本チェックリスト
○ケアプラン（原案） ○興味関心シート

⑥【CM・事業所】ケアプラン原案共有

事業所の担当者と⑤の書類等（※1）について提供方法等を調整する。

（※1 ⑤の書類等については、事前訪問日の3日前までにケアマネから事業所へ提供する）

⑦【CM・事業所】事前訪問・サービス担当者会議

対象者や家族の意向・目標の共有、支援策をさらに検討し、ケアプラン（原案）に示された取組や役割分担を出席者全員で共有する。

事業所は対象者に門真市元気はつらつ事業利用申請書を記載してもらい、複写を保管し、初回利用月の請求時に原本を門真市へ提出する。

○門真市元気はつらつ事業利用申請書

【事業所】課題となる生活動作を確認し、阻害要因や改善の可能性、本人の意向等をアセスメントとし、1～3か月目の目標や提供プログラムの立案をする。

課題となる生活動作は動画撮影をしておく。

⑧【CM】プラン修正・合意

事前訪問・サービス担当者会議での意見や元気はつらつ訪問での目標等をすり合わせて、プランを修正し、地域包括支援センターに提出する。

⑨【包括】プラン確認・助言

提出されたケアプランを確認し、CMに助言を行う。

⑩【CM】ケアプランの説明

ケアプランを対象者に説明し、署名をもらう。

⑪【CM】ケアプランを交付

事業所に修正をしたケアプランを交付する。

⑫【包括】元気はつらつ訪問利用者台帳に入力

地域包括支援センター支援システム上にある元気はつらつ訪問利用者台帳に必要事項を入力する。

2. 事業利用中

①【事業所】個別サービス計画の作成

1～3か月目の目標や提供プログラム等を記載した元気はつらつ訪問 プラン（個別サービス計画）・報告書を作成する。

○元気はつらつ訪問 プラン・報告書

②【事業所】個別プラン計画の合意

作成をした元気はつらつ訪問 プラン・報告書を対象者に説明し、署名をもらう。

③【事業所】サービス提供

1～12回プログラムを提供。

生活不活発の原因となっている生活様式を見直し、どのような生活を送るのか、面談によって利用者とともに計画し、その実行の支援を行う。

※自宅での役割確保、趣味・ボランティア活動なども含む。

事業終了後も利用者自身が生活課題の把握や課題解決ができ、セルフマネジメントできるよう支援を行う。

体力測定は可能な範囲で利用初日と最終回のみ実施（CS30 や片足立ちなど）し、動画撮影は事業所担当者の判断による。

④【CM】モニタリング実施（毎月）

訪問あるいは電話連絡などで生活課題の改善状況、自主トレーニングの取組状況等を確認し、セルフマネジメント力向上の進捗状況を把握する。

終了月は訪問により、モニタリングを行う。

⑤【事業所】報告書等を作成（毎月）

「元気はつらつ訪問 プラン・報告書」を作成し、ケアマネジャーに進捗状況を説明しながら、報告書等を提供する。

なお、訪問終了時には対象者へ伝えた内容（自主トレーニング内容や回数等）やケアマネジャーへの確認依頼事項等を記載し、ケアマネジャーに報告書等を提供する。

⑥【事業所・CM】適宜情報の共有

互いに伝えておいたほうが良い内容に関して、適宜情報共有や支援の方向性の確認等を行う。

また、カンファレンスを開催する場合には、助言等が必要なケースかどうかについても意見交換しておく。

⑦【事業所】カンファレンス検討ケースの決定

対象者の生活課題の改善状況、自主トレーニングの取組状況、利用者の心身の変化等を踏まえ、CM と相談しカンファレンスにおいて助言や相談を必要とするケースがあればカンファレンスで検討する。

※必要に応じて、CM へ出席依頼を行う

⑧【門真市】カンファレンス開催通知の作成

カンファレンスの開催通知文を作成する。

⑨【門真市】カンファレンスの案内と資料提供依頼

関係機関へカンファレンスの案内をし、事業所・CM に資料提出を依頼する。

⑩【事業所】カンファレンス用の資料準備・提出 ※CM 必要時

カンファレンス開催7日前までに、カンファレンスに必要な資料を準備し、門真市に提出する。

⑪【門真市・事業所・包括】カンファレンス開催（適宜）※CM 必要時

○主な検討内容

- ・ 元気はつらつ訪問に関する課題等
- ・ 各関係者間での事例や訪問運用方法等の共有
- ・ その他、地域課題の共有や検討

○必要時

- ・ CM や事業所等において悩む事例等のケース検討

⑫【門真市・包括】会議録の作成

カンファレンスで検討した課題や事例の会議録を、地域包括支援センター支援システムで作成する。

※⑦～⑫については、必要時市から関係機関に連絡等行い、開催する。

⑬【事業所】サービス提供分を市に請求

サービス提供月の翌月 10 日までに門真市へ請求する。

提出書類は「元気はつらつ訪問 プラン・報告書」「請求書」「請求内訳書」。

★「元気はつらつ訪問 プラン・報告書」については、サービス提供月の翌月 5 日までに担当ケアマネ（包括もしくは委託ケアマネ）にも共有する。

○請求書

○請求内訳書

○元気はつらつ訪問 プラン・報告書

⑭【門真市】委託料の支払い

事業所からの請求に基づき、委託料の支払いを行う。

⑮【事業所・CM】利用最終回

サービスを終了するにあたり、初回利用時と同様の体力測定の実施や生活課題の改善状況などの確認を行う。その際には、事前にケアマネジャーと調整し、同行を依頼する。（ケアマネは最終月のモニタリングとして訪問）。

動画撮影については、事業所の判断による。

3. モニタリング

①【CM】訪問終了 3 か月後・6 か月後モニタリングの実施

訪問終了 3 か月後・6 か月後に対象者宅を訪問し、心身の変化、日々の活動量や活動内容、環境の変化等を聞き取る。

フレイル等が疑われる場合には、その原因を明確にし、必要なサービスへつなげる等対応する。

（例）：令和 7 年 4 月末で終了した場合

・ 3 か月後モニタリング→8 月実施 ・ 6 か月後モニタリング→11 月実施

※3 か月後・6 か月後モニタリングともに、終了月の翌月を 1 か月目とカウントする。

②【CM】モニタリング報告書作成・提出

モニタリングした内容は、「門真市元気はつらつ事業モニタリング報告書」に記載し、地域包括支援センター、門真市に提出する。

※ケアマネジメント B 以外で算定できる場合であっても、モニタリング報告書を提出する。

○門真市元気はつらつ訪問モニタリング報告書

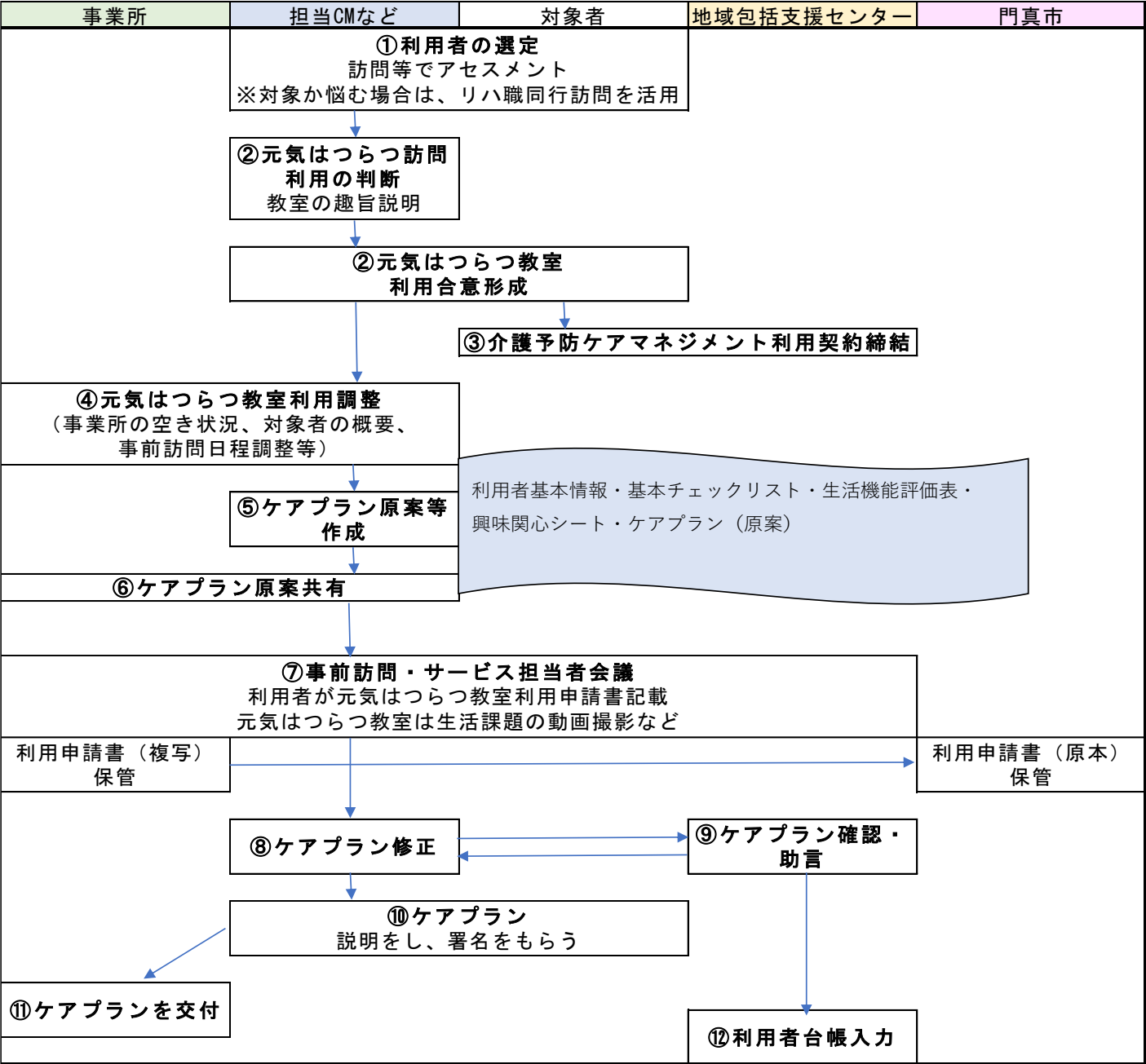
③【門真市】利用者台帳入力・報告書の写しを事業所へ共有

モニタリング報告書の内容を地域包括支援センター支援システム上にある元気はつらつ訪問利用者台帳に入力し、報告書の写しを事業所へ渡す。

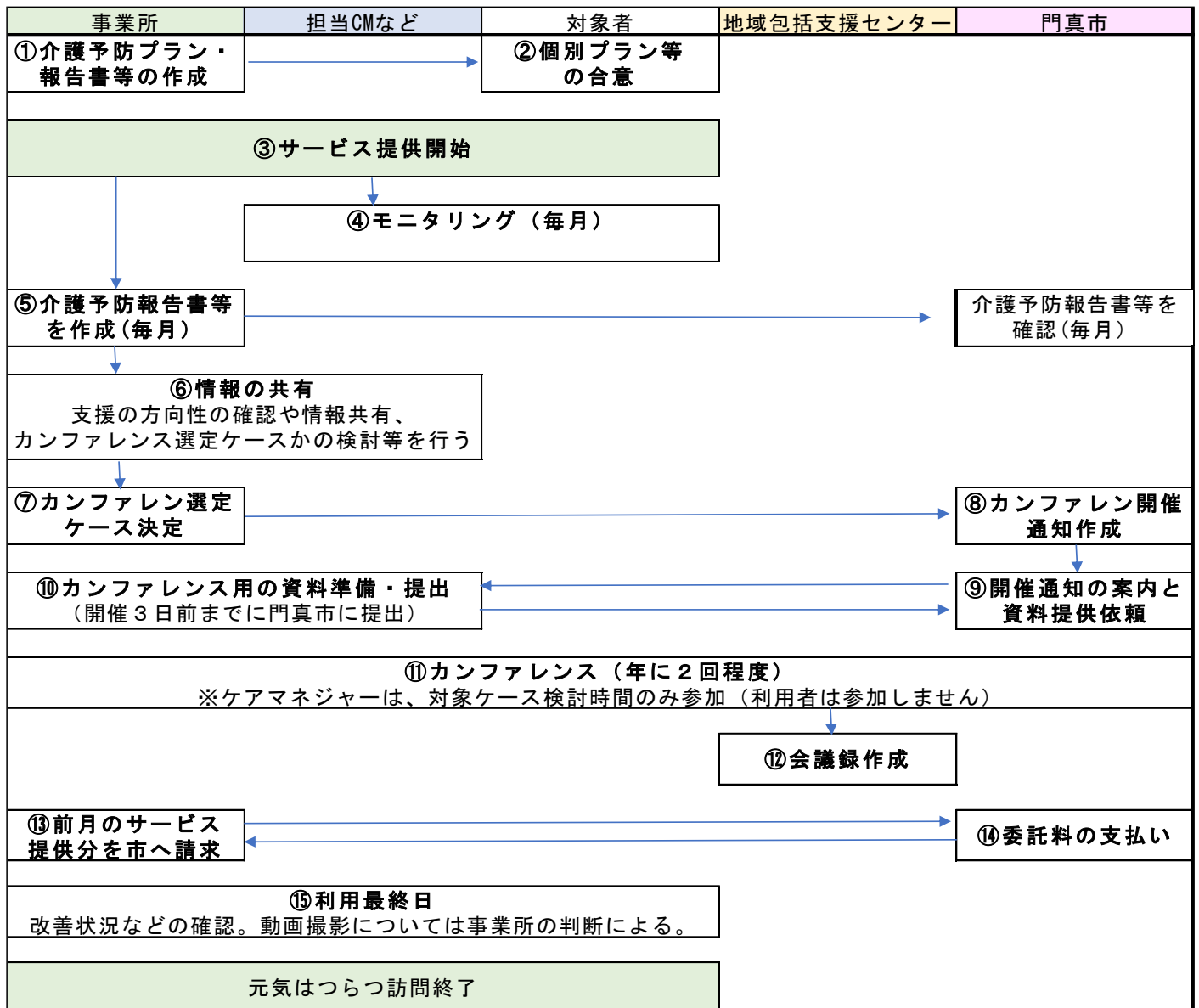
④【包括】ケアマネジメント B の請求

介護予防支援費、介護予防ケアマネジメント費、介護支援費を算定していない場合は、モニタリング報告書を基に、地域包括支援センターが国保連へケアマネジメントBを請求する。

《事業開始前》



《事業利用中》



《モニタリング》

