

介護予防ケアマネジメント 実施マニュアル

広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課

令和2年3月作成
令和8年6月更新

改訂履歴

改訂時期	主な改訂内容
令和2年3月	・ 初回作成
令和3年3月	・ 委託料単価改訂 ・ 新型コロナウイルス感染症に対する特例措置を追加 ・ 卒業に関するケアマネジメントに係る取扱いを追加 ・ 押印廃止に伴う記載を変更
令和4年3月	・ 令和3年度介護報酬改定に伴う新型コロナウイルス感染症に対する特例措置の期間終了（令和4年4月1日施行）
令和5年11月	・ 卒業に関するケアマネジメントの新型コロナウイルス感染症対策に伴う特例措置期間 終了
令和6年4月	・ 単価改訂
令和8年4月	・ 広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱及び広島市短期集中型サービス実施要綱及びの令和8年4月改正に伴う変更 ・ 構成及びレイアウトの変更
令和8年6月	・ 地域包括支援センターの状況に応じて算定される加算・減算を追加

目 次

項 目	内 容	ページ
第1 はじめに	1 マニュアルの目的	3
	2 介護保険法の目的等	
第2 介護予防・日常生活支援総合事業	1 介護予防・日常生活支援総合事業とは	4
	2 広島市における総合事業の概要	5
	3 広島市における総合事業の内容	6
第3 介護予防ケアマネジメントの概要	1 介護予防ケアマネジメントとは	7
	2 広島市が定める介護予防ケアマネジメントの基本事項	
第4 介護予防ケアマネジメントの流れ	1 事業対象者のサービス利用までの基本的な流れ	9
	2 事業対象者について	
	3 事業対象者の機能訓練参加に係る医師の可否判定の必要性	
	4 介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出	10
	5 被保険者証の発行	11
第5 介護予防ケアマネジメントの類型と概要	1 介護予防ケアマネジメントの分類	12
	2 地域支援事業による介護予防ケアマネジメントの類型	13
	3 介護予防ケアマネジメントの流れと使用する帳票	14
	4 介護予防ケアマネジメント類型別実施内容	15
	(1) ケアマネジメントA(原則的なケアマネジメント)	15
	(2) ケアマネジメントB(簡略化したケアマネジメント)	19
	(3) ケアマネジメントC(初回ケアマネジメント)	21
	5 地域リハビリテーション活動支援事業における介護予防ケアマネジメント支援	23
第6 様式一覧	6 卒業に関するケアマネジメント	24
	1 介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票	28
	2 基本チェックリスト	29
	3 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(変更)届出書	33
	4 利用者基本情報	34
	5 広島市版アセスメントシート	37
	6 興味・関心チェックシート	44
	7 介護予防サービス・支援計画書	45
	8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 経過記録	46
	9 ケアマネジメント結果票	47
	10 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	48
	11 サービス・活動の機能訓練参加に係る検査受診券	49
	12 介護予防ケアマネジメント依頼終了届	50

第1 はじめに

1 マニュアルの目的

本マニュアルは、介護保険制度の基本理念及び介護予防の基本的視点に基づき、介護予防ケアマネジメントの基本的な流れや留意点を整理し、実務に役立てていただくことを目的としています。

本マニュアルを活用していただき、介護予防ケアマネジメントに携わる関係者が、基本的な理念や知識を理解し、適切な手法を身につけるための一助になりましたら幸いです。

2 介護保険法の目的等（平成九年十二月二七日）法律第百二十三号 一部抜粋

（第一条）目的

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる**よう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（第四条）国民の努力及び義務

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、**加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める**とともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、**その有する能力の維持向上に努める**ものとする。

● 介護保険制度の基本理念

介護保険制度の基本理念は、『**尊厳の保持**』と『**自立支援**』であり、保険給付は要介護状態等の軽減や悪化の防止に資するよう、医療との連携に十分に配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものです。

● 介護予防の基本的視点

介護保険制度における介護予防とは以下の2つが大切です。

- ① **高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）**
- ② **要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）**

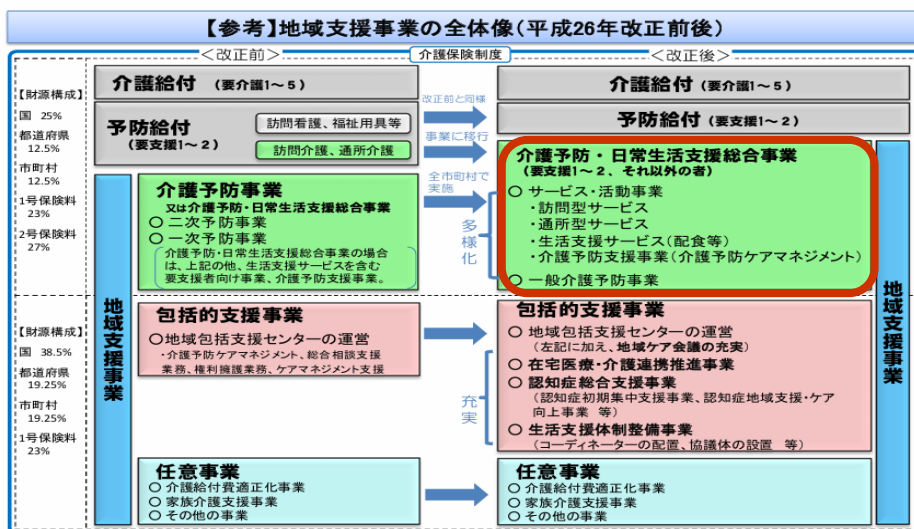
第2 介護予防・日常生活支援総合事業

1 介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」といいます。）は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、居宅要支援被保険者等に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としています。

● 参考：地域支援事業の全体像

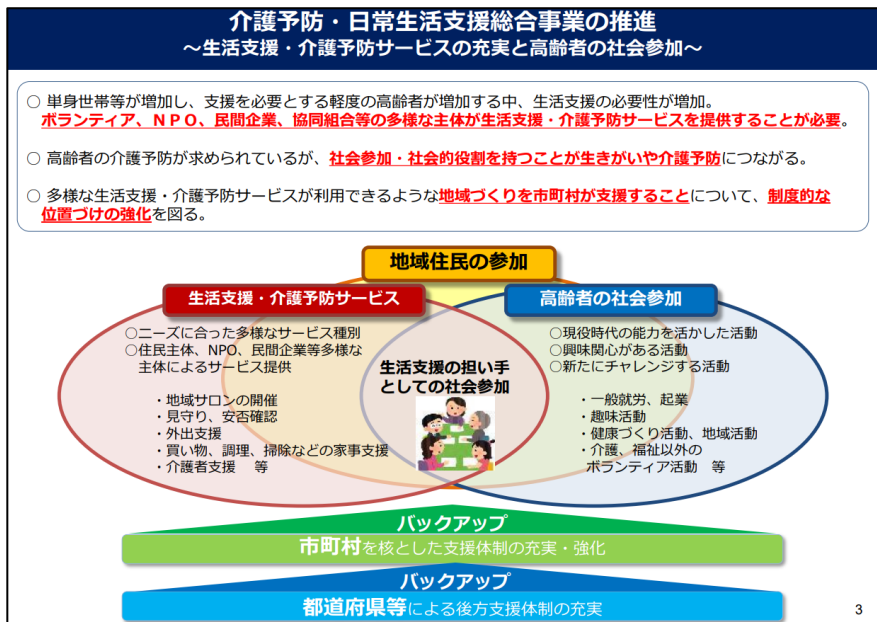
地域支援事業とは、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を続けられるよう、介護予防や生活支援、地域づくりを総合的に進める自治体主体の取り組みのことです。



出典：厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて（令和7年7月17日）

※「介護予防・生活支援サービス事業」は、令和6年度より「サービス・活動事業」に名称変更されています。

● 参考：介護予防・日常生活支援総合事業の推進



出典：厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業について（概要）（令和7年8月更新）抜粋

2 広島市における総合事業の概要

広島市では、高齢者一人一人が生き生きと暮らし、住み慣れた地域で最後まで自分らしい暮らしを続けるまちを実現するため、日常生活の場で医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する仕組み(地域包括ケアシステム)の一つとして、平成29年4月から総合事業を開始しました。

総合事業では、自立した日常生活を送ることを目的に、一人一人の目標や状態に合わせたサービスを提供します。そのために、これまでの介護事業者によるサービスの提供に加え、地域住民やボランティアによる多様なサービスを提供するとともに、地域における住民の通いの場を充実させることで、介護予防の自主的な取り組みを支援します。

総合事業には、要支援1・2の人や、基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人(事業対象者)が利用できる「サービス・活動事業」と、65歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業」があります。

● 広島市における総合事業の全体像

介護保険制度

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

介護予防・日常生活支援総合事業

○ サービス・活動事業

(要支援1～2、65歳以上の基本チェックリスト該当者)

訪問型サービス

- ・ 訪問介護サービス
- ・ 生活援助特化型訪問サービス
- ・ 住民主体型生活支援訪問サービス
- ・ 短期集中予防支援訪問サービス

通所型サービス

- ・ 1日型デイサービス
- ・ 短時間型デイサービス
- ・ 短期集中運動型デイサービス
- ・ 短期集中通所口腔ケアサービス

○ 一般介護予防事業 (65歳以上の全ての高齢者)

- ・ 地域介護予防拠点整備促進事業
- ・ 地域高齢者交流サロン運営事業
- ・ 認知症カフェ運営事業
- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業
- ・ 高齢者いきいき活動ポイント事業
- ・ 介護予防活動等普及啓発事業

3 広島市における総合事業の内容

サービス・活動事業

訪問型サービス

名称	内容
訪問介護サービス	ホームヘルパーが、入浴、排せつ、食事等の身体介護が必要な方の居宅を訪問し、身体介護や生活援助を行います。
生活援助特化型訪問サービス	ホームヘルパーや一定の基準の研修を受けた生活援助員が、掃除・調理等の日常生活の援助が必要な方の居宅を訪問し、生活援助を行います。
住民主体型生活支援訪問サービス	地域団体等のボランティアが、簡易な生活支援（ごみ出しや草むしり等）が必要な方の居宅を訪問し、生活支援を行います。
短期集中予防支援訪問サービス	リハビリテーション専門職や管理栄養士が、日常生活動作や生活機能の改善が必要な方の居宅を訪問し、自立に向けた相談支援を行います（1回当たり利用時間30分または60分、利用期間3か月）。

通所型サービス

名称	内容
1日型デイサービス	デイサービスセンターで、入浴、排せつ、食事等の日常生活の世話や機能訓練を行います。
短時間型デイサービス	デイサービスセンターで、運動を中心とした機能訓練等を行います（利用時間2時間以上3時間未満、利用期間原則3～12か月）。
短期集中運動型デイサービス	デイサービスセンター等で、専門職が運動器の機能向上プログラムを提供します（1回当たり利用時間1～2時間、利用期間3か月）。
短期集中通所口腔ケアサービス	歯科医院で、歯科医師や歯科衛生士が口腔機能向上プログラムを提供します（最大7回、1回当たり15分以上）。

一般介護予防事業

名称	内容
地域介護予防拠点	地域団体等が運営する、運動を中心とした介護予防の拠点となる通いの場（週1回以上開催）です。地域包括支援センターが立ち上げ支援及び運営支援を行います。
地域高齢者交流サロン	地域団体等が運営する、介護予防に資する多様な活動（レクリエーション、歌、運動、情報交換等）を行う「ふれあい・いきいきサロン」などの通いの場（月1回以上開催）です。区社会福祉協議会に配置した生活支援コーディネーターが立ち上げ支援及び運営支援を行います。
認知症カフェ	医療法人、社会福祉法人、地域団体等が自主的に運営する、認知症のひとと家族、地域住民、専門職等が気軽に集い、相談や交流ができる通いの場（月1回以上開催）です。※65歳未満の人も利用できます。

第3 介護予防ケアマネジメントの概要

1 介護予防ケアマネジメントとは

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できる限り防ぐ**」「**要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする**」ために、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

2 広島市が定める介護予防ケアマネジメントの基本事項

介護予防と自立支援の視点を踏まえ、利用者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、**利用者自らの選択に基づき、サービス・活動**のほか、一般介護予防事業やインフォーマルサービスを含めた適切な支援が包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から、必要な援助を行う。さらに、サービス利用を終了した場合においても**利用者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があるため、利用者が主体的かつ効果的に取り組めるような支援を行う**ことを目的とする。
(広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱)

介護予防ケアマネジメントの考え方

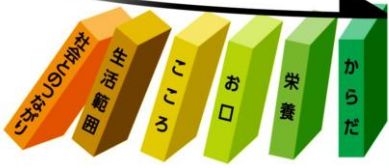
- 単に困りごとに対して補うサービスを当てはめるのではなく、**高齢者の自立支援に資するような介護予防ケアマネジメント**が必要です。**高齢者のしたいこと・やりたいことに着目し**、それを引き出すことができるようにすることが大切です。
- 適切なアセスメントを行い高齢者の状況を踏まえた目標を設定し、高齢者が、それを理解した上でその達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標達成のために取り組んでいけるような支援が重要です。
- 「**運動**」、「**栄養**」、「**口腔**」は密接に関係しています。また、「**社会参加**」の機会が減少すると、心身の様々な側面がドミノ倒しのように弱くなると言われています。「運動、栄養、口腔、社会参加」の4つの視点を持ち、支援をすることが大切です。
- 要介護度別にみると、「**要支援者**」の介護・介助が必要となった主な原因は、「**関節疾患**」・「**高齢による衰弱**」・「**骨折・転倒**」の順に多いです。適切な機能訓練等により改善が見込まれる状態にあると考えられます（令和4年度「国民生活基礎調査」）。

注意!

社会とのつながりを失うことが「フレイルの最初の入り口」です

運動や栄養に気を付けて生活していても、社会参加の機会が減少すると、心身のさまざまな側面がドミノ倒しのように弱くなると言われています。自分に合った活動を見つけて社会参加の機会を増やしましょう。

ドミノ倒しにならないように!



〈公益財団法人長寿科学振興財団健康長寿ネット
(<https://www.tyojyu.or.jp/net/>)より一部引用・改変〉

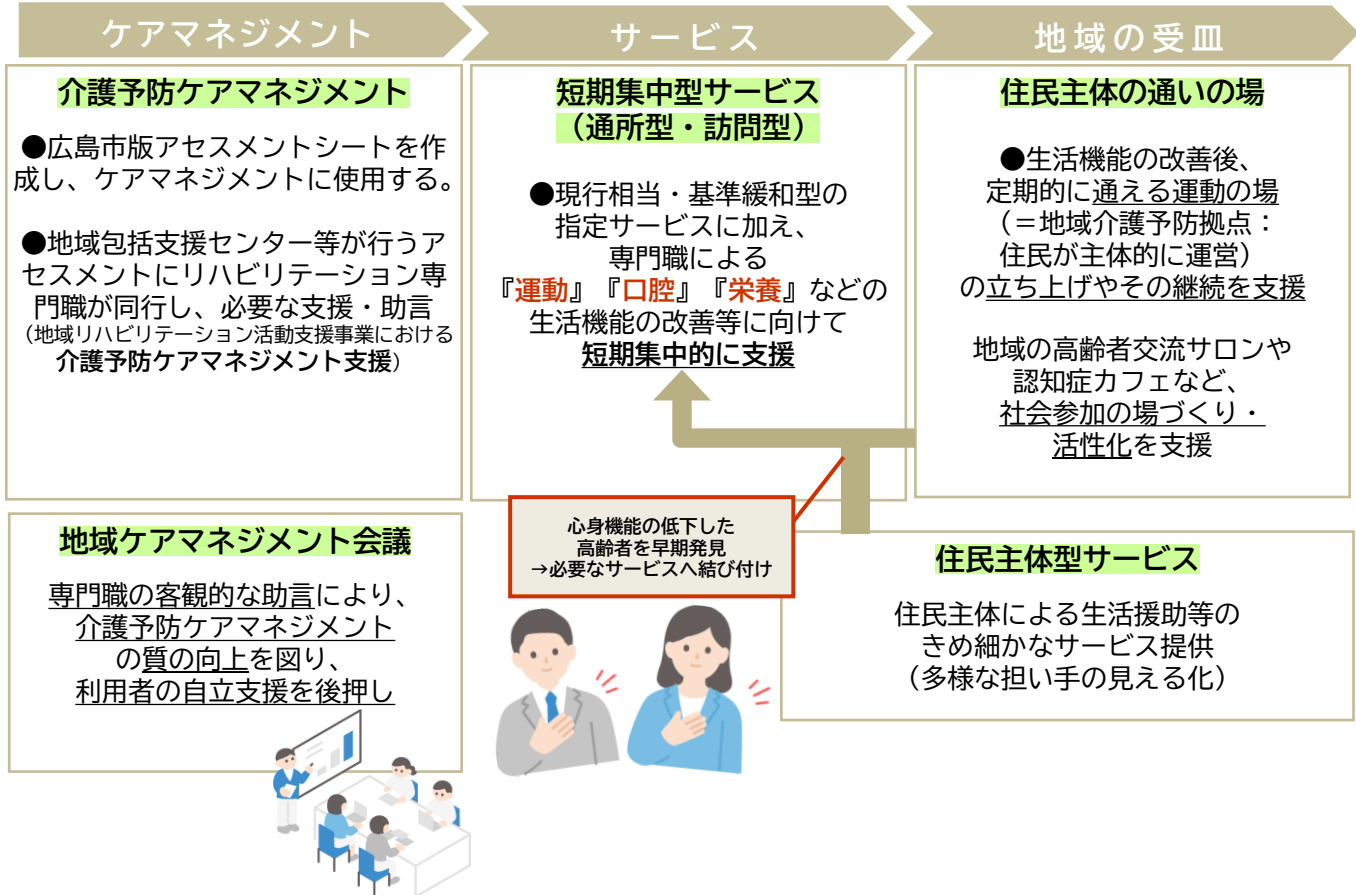


総合事業における体系的な取組の実施

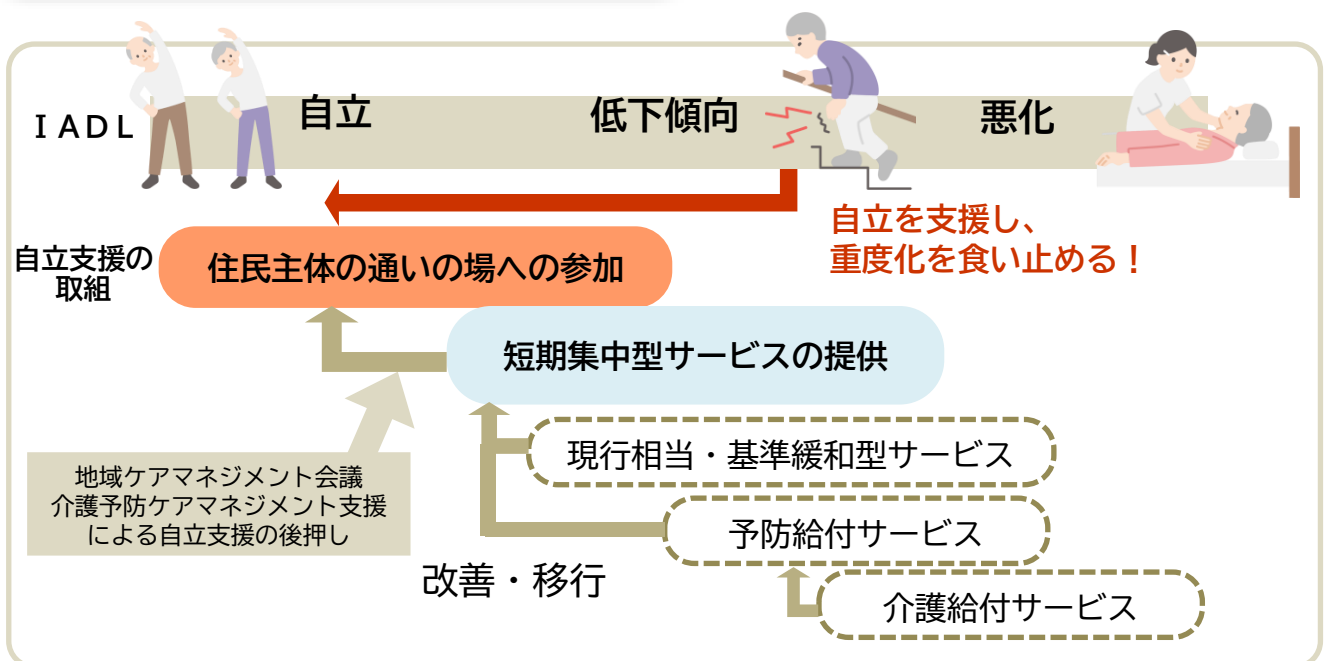
平成29年度から開始した総合事業では、

「自立支援」と「地域で暮らし続ける」ための介護予防に向けて、

①ケアマネジメント、②サービス、③地域の受皿の3つを体系的に推進しています。

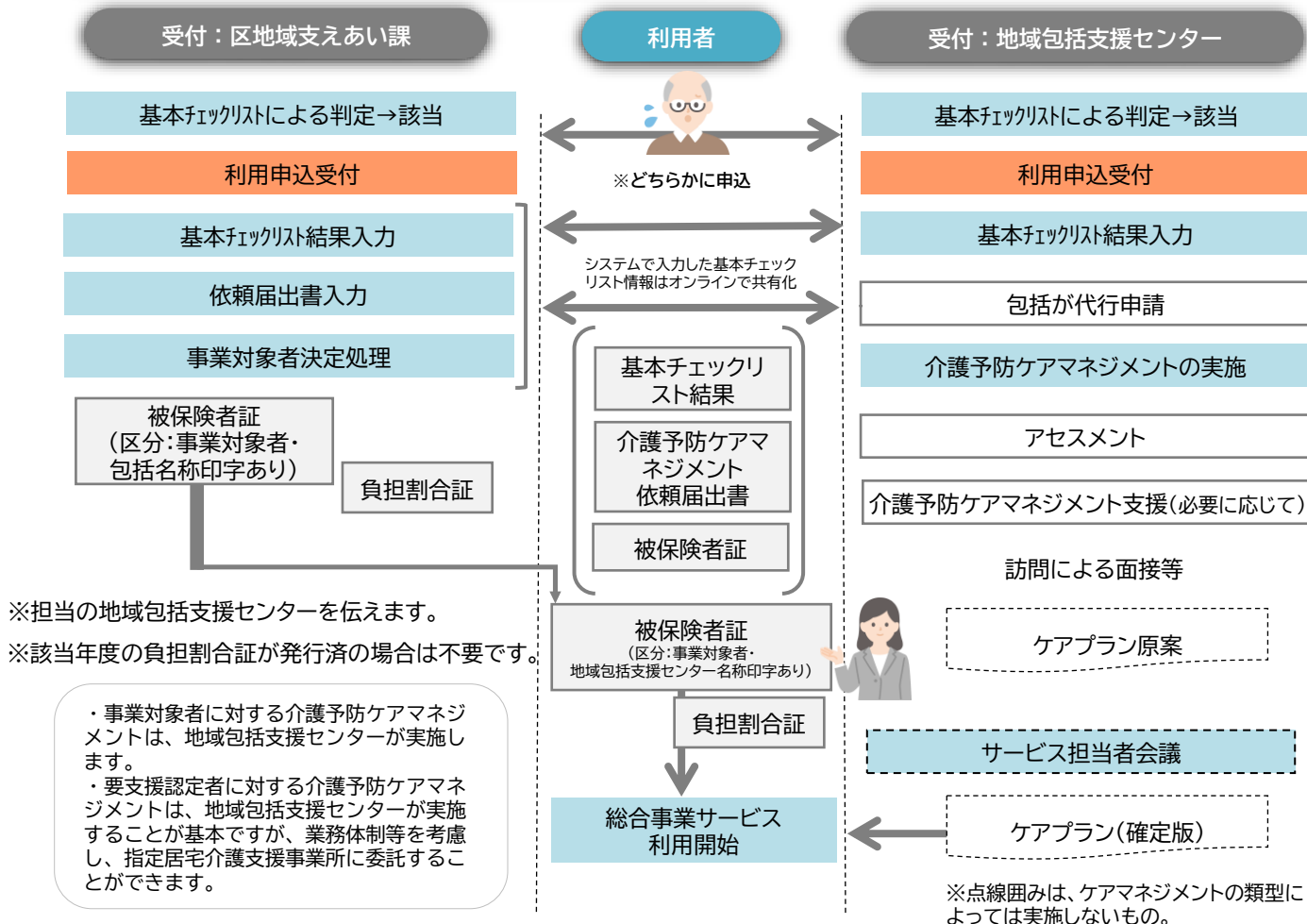


利用者層の状態から見た総合事業



第4 介護予防ケアマネジメントの流れ

1 事業対象者のサービス利用までの基本的な流れ



2 事業対象者について

事業対象者とは、基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた65歳以上で、心身の状況、その置かれている環境やその他の状況から要支援(要介護)状態となることを予防するための支援を行う必要があると判断された者です。事業対象者が利用できるサービスについては、介護予防ケアマネジメントに基づいて決定します。

3 事業対象者の機能訓練参加に係る医師の可否判定の必要性

事業対象者が、サービス・活動事業の機能訓練に参加するに当たり、疾患や高血圧などの既往のある事業対象者の場合、必要に応じて、医療機関における心電図検査等につなぎ、医師による参加の可否判定を行います。

●可否判定利用の流れ

- 地域包括支援センターは、地域包括ケア推進課(TEL:082-504-2988)に電話連絡して以下①～⑤を伝え、可否判定を受けるために必要な「サービス・活動の機能訓練参加に係る検査受診券」の発行を依頼します。
①利用者本人の氏名、②生年月日、③郵送先(本人or地域包括支援センター)、④受診予定の病院、⑤発行理由
- 地域包括ケア推進課は、③郵送先に「受診券(3枚複写)」、「本人への案内文」、「医療機関への案内文」を郵送します。
- 本人は、「受診券」を医療機関に持参して利用予定サービスの内容を説明し、問診などの検査を受けます。
- 本人は、医療機関から受診券の結果票を受け取り、地域包括支援センターに提出します。
- 地域包括支援センターは、受診券の結果票からサービスの利用可否を確認します。また、受診券の結果票の写しをとって保管します。

4 介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出

担当地区の地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることについて本人に確認し「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」に記入してもらいます。

(地域包括支援センター用)		令和 年 月 日	
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（変更）届出書			
(あて先) 広島市 区長		②	
私は下記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に次の介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメント（※介護予防サービス計画の作成等）を依頼することを届け出ます。			
① 依頼する介護予防サービス計画の作成等の区分（※該当の□にチェック）		区分	
☐ 介護予防サービス計画の作成 及び 介護予防ケアマネジメント（要支援認定者） ☐ 介護予防ケアマネジメント（事業対象者）		新規 ・ 変更	
③ 被保険者氏名		区分	
住所 〒		個人番号	
生年月日		明・大・昭 年 月 日	
電話番号 () -		電話番号 () -	
④ ※住民票上の住所と実際の居住地が異なる方で、居住地を担当するセンターへ介護予防サービス計画の作成等を依頼する場合は記入		電話番号 () -	
居住地 〒		電話番号 () -	
介護予防サービス計画の作成等を依頼（変更）する介護予防支援事業者・地域包括支援センター		介護予防支援事業所・地域包括支援センターの所在地	
事業者（法人）名		〒	
介護予防支援事業所・地域包括支援センター名		電話番号 () -	
事業所番号		電話番号 () -	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 (※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入)		居宅介護支援事業所の所在地	
居宅介護支援事業者名		〒	
居宅介護支援事業所名		電話番号 () -	
事業所番号		電話番号 () -	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等（※変更の場合のみ記入）		⑤ 開始年月日・変更年月日	
		令和 年 月 日	

(注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成等を依頼する事業者と相談の上、介護保険被保険者証を添えて、お住まいの区の福祉課へ提出してください。
2 介護予防サービス計画の作成等を依頼する介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ずお住まいの区の福祉課に届け出てください。
3 届出がない場合、サービスに要した費用を全額自己負担していただくことがあります。
4 太枠の中だけ記入してください。

広島市確認欄	☐ 被保険者資格（事業対象者の場合、第一号被保険者（65歳以上）に限る。） ☐ 届出の重複
受付印	入力

①「依頼する介護予防サービス計画の作成等の区分」欄

・要支援認定者の場合は上段に、事業対象者の場合は下段にチェックを入れてください。

②「区分」欄

・該当の区分に○をしてください。

<新規>となる場合の例

・新たに要支援認定を受けた場合
(事業対象者・要介護認定者→要支援認定者の場合を含む。)

<変更>となる場合の例

・転居に伴い、担当の地域包括支援センターが変更となった場合
・新たに居宅介護支援事業者へ委託を行うこととなった場合
・委託先の居宅介護支援事業者が変更になった場合
・委託先の居宅介護支援事業者から地域包括支援センターに変更になった場合

③「被保険者氏名」、「住所」、「被保険者番号」欄

・被保険者本人の氏名等を記載してください。

④「居住地」欄

・住民票上の住所以外の場所に実際に居住されており、居住地を担当する地域包括支援センターへ介護予防サービス計画等の作成を依頼する場合は記入してください。

⑤「開始年月日・変更年月日」欄

<新規>の場合

・記載した介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所による介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを開始する日を記載してください。

※ 事業対象者の場合、この欄に記載する日から、サービスが利用できます。提出日以降の日付を記載してください。

<変更>の場合

・記載した介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者に変更する日を記載してください。

※ 「開始年月日・変更年月日」欄：「要介護認定申請が非該当となった場合」、「要支援認定者が、認定有効期間終了後に事業対象者となる場合」、「事業対象者が転居した場合」の記載内容については次ページを確認してください。

《開始年月日・変更年月日》の記入上の留意事項

要介護認定申請が 非該当となった場合	・基本チェックリストに該当し、事業対象者の要件を満たす者が、要介護認定申請で非該当になった場合で、総合事業の訪問型サービス・通所型サービスを暫定利用している場合に限り、基本チェックリストの実施日(介護予防ケアマネジメントの過程で実施したもの)に遡って、ケアマネジメント依頼届出書の提出があったものとして取り扱えます。 ・「開始年月日・変更年月日」記入欄には基本チェックリストの実施年月日を記入してください
要支援認定者が、 認定有効期間終了後に 事業対象者となる場合	・要介護・要支援認定を更新せず、認定有効期間終了に合わせて事業対象者となる場合は、認定有効期間の終了日以前に基本チェックリスト及びケアマネジメント依頼届出書を区地域支えあい課へ提出できます。 ・基本チェックリストの実施日は、認定有効期間の終了日からおおむね1か月以内です。 ・「開始年月日・変更年月日」記入欄には、要支援認定の認定有効期間終了日の翌日を記載します。
事業対象者が 転居した場合	・事業対象者が転居(住民票を異動)し、引き続きサービスの利用をする場合、改めてケアマネジメント依頼届出書を提出する必要があります。 - なお、地域包括支援センターの担当圏域内での転居を除きます。 ・「開始年月日・変更年月日」記入欄には、住民票の異動日を記載します。

5 被保険者証の発行

基本チェックリストに該当し、区地域支えあい課へ介護予防ケアマネジメント依頼届出書を提出した者については、「事業対象者」と記載した被保険者証が発行されます。

2 面欄

(二)

要介護状態
区 分 等

事業対象者

認定年月日
(事業対象者の
場合は、基
本チェックリ
スト実施日)

認 定 の
有 効 期 間

年 月 日から
年 月 日まで

区 分 支 給 限 度 基 準 額

居宅サービス

3 面欄

(三)

認定審査
の意見及
サービス
種類の指

和
付
制
限

年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日
年 月 日

○〇地域包括支援センター

居宅介護支援事業
者又は介護予防支
援事業者及びその
事業所の名称又は
地域包括支援セン
ターの名称

届出年月日

届出年月日

届出年月日

介
護
保
険
施
設
等

種 類
名 称
入所等年月日
退所等年月日
種 類
名 称
入所等年月日
退所等年月日

2面欄	記載内容等
要介護状態区分等	事業対象者
認定年月日	基本チェックリスト実施日
認定の有効期間	記載なし

※ 事業対象者は、有効期間がありませんが、サービス利用の目的が達成された場合や心身機能の改善が認められた場合は、再評価を行い事業対象者の妥当性を検討してください。また、事業担当者が全てのサービス利用を終了した場合は、介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書を提出してください。

3面欄	記載内容等
居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	担当の地域包括支援センター及び届出年月日を記載

※ サービス利用は、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の届出年月日以降において可能です。

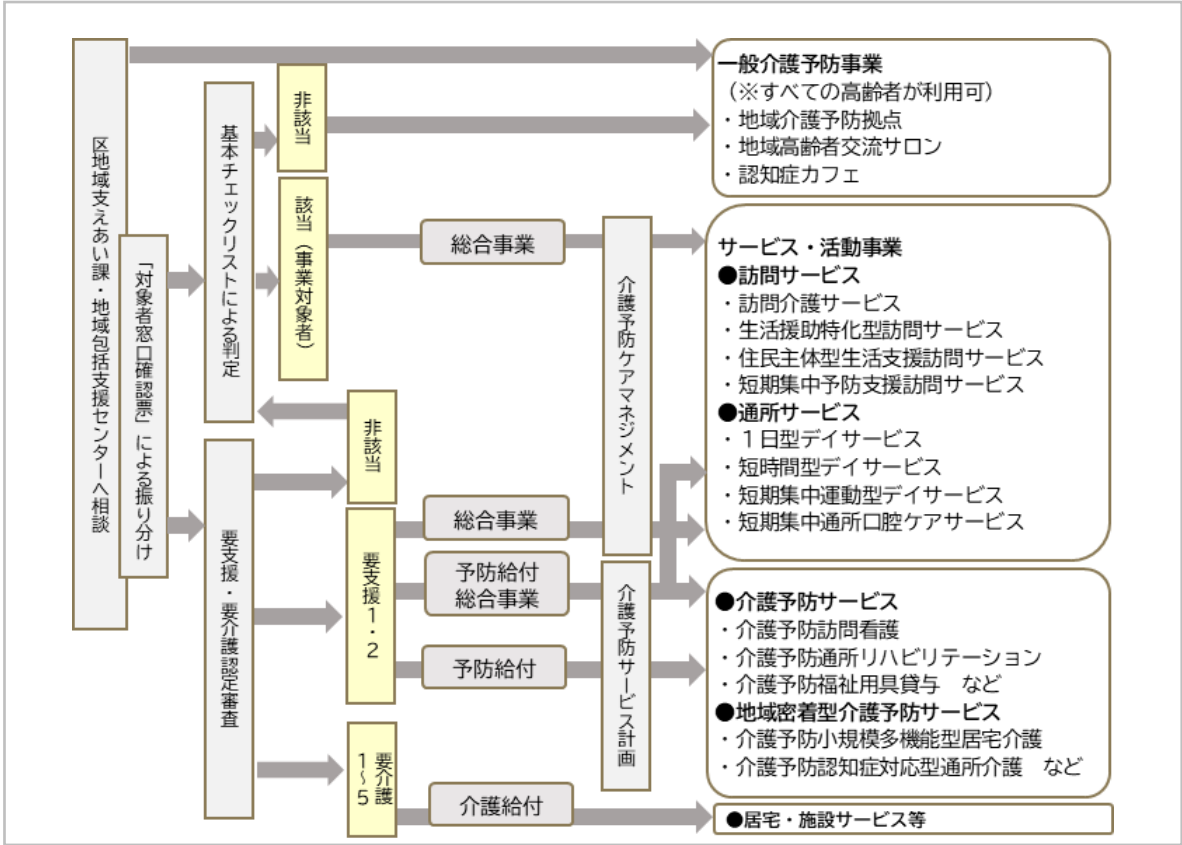
第5 介護予防ケアマネジメントの類型と概要

1 介護予防ケアマネジメントの分類

- ・ 要支援者と事業対象者の介護予防ケアマネジメントは、「介護予防給付による指定介護予防支援事業」と「地域支援事業による介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)」に分類されます。
- ・ 財源は、介護報酬による介護予防支援費と、委託料による介護予防ケアマネジメント費に分かれます。
- ・ 介護予防ケアマネジメントに係る費用の請求先は、どちらも国保連合会となります。

区 分	要支援1・2認定者		事業対象者 (基本チェックリスト該当者)
	予防給付によるサービスを利用 (総合事業のサービスの併用含む)	総合事業のサービスのみの 利用	
事 業	介護予防給付	地域支援事業	
	指定介護予防支援事業	介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)	包括的支援事業 介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)
財 源	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費	
	介護報酬	委託料	
請求先	国保連合会		

(参考) サービス利用までのプロセス



2 地域支援事業による介護予防ケアマネジメントの類型

- ・地域支援事業による介護予防ケアマネジメントは、利用するサービスにより3類型に分かれます。同介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等に応じて、以下のとおり類型を定めます。
- ・類型の異なるサービスを利用する場合は、A>B>Cの順で、より上位のケアマネジメントを適用します。

区分	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
対象サービス	・訪問介護サービス ・生活援助特化型訪問サービス ・1日型デイサービス ・短時間型デイサービス	・短期集中予防支援訪問サービス ・短期集中運動型デイサービス ・短期集中通所口腔ケアサービス	・住民主体型生活支援訪問サービス ・一般介護予防事業(※)
実施内容	アセスメントを行い、ケアプランを作成 併せて対象サービスの利用調整を実施	アセスメントを行い、対象サービスの利用調整を実施	
	1か月に1回モニタリング (面接は3か月に1回)	サービス担当者会議及び モニタリングは簡略化して 実施	サービス利用中に再度ケアマネジメントが必要になった場合は、 サービス実施団体が地域包括支援センターに連絡
委託料	月442単位(4,729円)		月742単位(7,939円)
	・初回加算300単位(3,210円) ・委託連携加算300単位(3,210円)		
		短期集中予防支援加算 300単位(3,210円)	

※ 一般介護予防事業(地域介護予防拠点、高齢者地域交流サロン、認知症カフェ)については、介護予防ケアマネジメントを経ずに利用することも可能です。

加算について

加算名	算定要件
初回加算	①新規にケアマネジメントA又はケアマネジメントB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月以上経過した後に、ケアマネジメントA又はケアマネジメントBを実施する場合を含む) ②要介護者が要介護認定の更新等の結果、要支援認定を受け、あるいは事業対象者としてケアマネジメントA又はBを実施する場合 ただし、介護予防支援を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、事業対象者としてケアマネジメントA又はケアマネジメントBを実施するときは、初回加算の算定を行うことはできません。
委託連携加算	地域包括支援センターがケアマネジメントA又はケアマネジメントBを指定居宅介護支援事業者に委託する際、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業者に提供し、ケアマネジメントA又はケアマネジメントBの実施に協力した場合に算定できます。 委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定することができます。
短期集中予防支援加算	ケアマネジメントBを実施し対象者が短期集中型サービス利用した場合の初月のみ算定できます。利用者1人につき、1年に1回を限度として算定することができます。

【その他 地域包括支援センターの状況に応じて算定される加算・減算】

・高齢者虐待防止措置未実施減算／業務継続計画未策定減算

単位数: ケアマネジメントA及びBは各4単位(42円)、ケアマネジメントCは各7単位(74円)

要 件: 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合に減算されます。

・介護職員等処遇改善加算

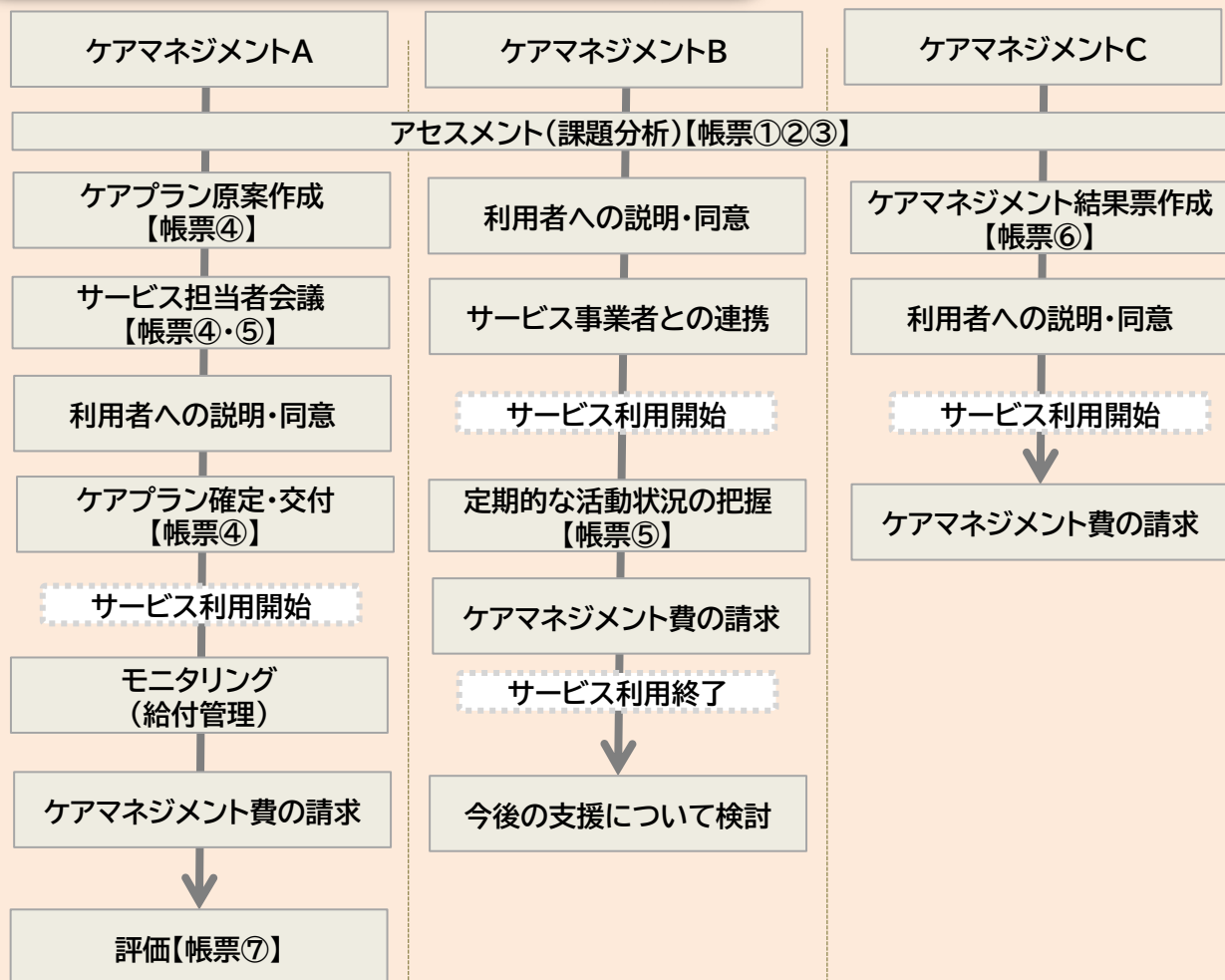
単位数: 区分別の基本報酬に各種加算減算を加えた単位数の2.1%(1単位未満は四捨五入)

要 件: 厚生労働大臣が定める要件を満たす旨を市長に届け出た地域包括支援センターが、利用者に対して介護予防ケアマネジメントを行った場合に、1月ごとに算定することができます。

この加算額に相当する介護職員等の賃金改善を実施しなければなりません。

※ 詳しくは、本市HP及び厚生労働省HPを御覧ください。

3 介護予防ケアマネジメントの流れと使用する帳票



● 指定居宅介護支援事業所に委託しているケース

地域包括支援センターは、国保連合会に介護予防ケアマネジメント費の請求を行い、指定居宅介護支援事業所に委託料を支払います。

※ 地域包括支援センターがP 13の介護職員等処遇改善加算を算定している場合は、委託料に上乗せし、その全額を居宅介護支援事業所は賃金改善額としなければなりません。

帳票

ケアマネジメント費は、類型ごとに下表のとおり帳票を作成し、請求します。

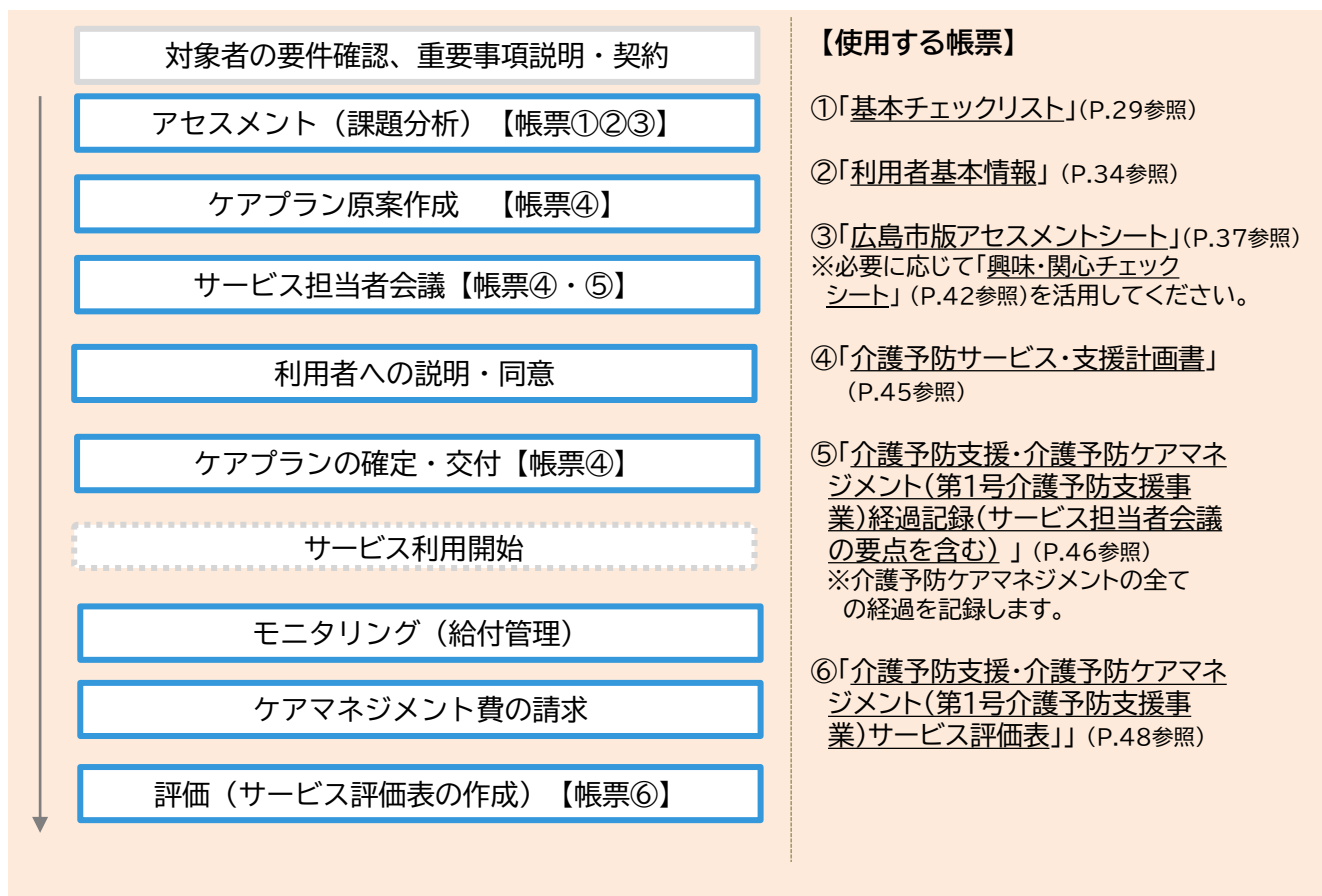
帳 票	ケアマネジ メントA	ケアマネジ メントB	ケアマネジ メントC
① 基本チェックリスト	○	○	○
② 利用者基本情報	○	○	○
③ 広島市版アセスメントシート	○	○	○
④ 介護予防サービス・支援計画書	○	—	—
⑤介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）	○	○	—
⑥ ケアマネジメント結果票	—	—	○
⑦介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表	○	—	—

利用者との契約

- ・ ケアマネジメントA及びBの実施に当たり、利用者との契約が必要です。
- ・ ケアマネジメントCは利用者との契約は不要です。

4 介護予防ケアマネジメント類型別実施内容

(1) ケアマネジメントA(原則的なケアマネジメント) ※介護予防支援に準じます。



アセスメント(課題分析)

目的	利用者本人の望む生活と現状の生活との差について、アセスメント項目に基づく情報の収集から、差が生じている要因や背景を分析し、利用者本人が望む生活を妨げている低下した生活機能を高めるために必要な「 維持・改善すべき課題 」を明らかにします。
実施方法	・ 利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接を行います。 ・ 利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、生活機能の低下等について自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行います。 ・ 利用者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(P.42)」などを活用することで、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」というような目標に変換していく作業が必要です。

広島市版アセスメントシート

【使用する対象者】

要支援1・2認定者及び事業対象者です。
予防給付のみを利用する者も含まれます。

【困難度・改善可能性の分析】

健康状態やADL、IADL等の課題分析において、困難度、改善可能性について以下の記号を記載します。

判定	自立度	困難度と改善可能性
○1	自立	楽にできる
○2		少し難しい
△1	一部介助	改善可能性高い
△2		改善可能性低い
×1	全介助	改善可能性高い
×2		改善可能性低い



特に大切な項目

令和8年4月からケアマネジメントBにおいては、介護予防サービス・支援計画書の作成が不要になりました。
利用者の目標等はアセスメントシートにまとめ、関係者が同じ内容を把握できるようにすることが大切です。
特に大切な項目としてアセスメントシートの右半分下段「★生活機能の低下を起している背景・要因、★本人の思いや希望、★家族の思い、希望や意向、★支援方針」です。以下の記載例を参考にしてください。

★生活機能の低下を起している背景・要因には、「**できること**」・「**強み**」も記載してください。
(例)

★生活機能の低下を起している背景・要因、できること、強み（箇条書き）

【個人因子】

- ※健康状態、生活機能（心身機能・構造、活動、参加）、生活歴など個人的な要因を記載する。
- ・膝痛はあるが、病院にはタクシーで行くことができる。
- ・膝痛はあるが、椅子を使用し簡単な調理や洗濯など家事を工夫しながらできる。
- ・高血圧症・高脂血症があり、悪化予防のため、栄養バランスの良い食事や塩分控えめを心がけている。
- ・性格は明るく、家族・近所との関係は良好である。
- ・膝痛により、5分以上続けて歩くことができない。
- ・基本チェックリストでうつ項目に該当があり、膝痛から外出や家事に対する不安が大きい。
- ・基本チェックリストで口腔機能の項目に該当があり、歯科受診をしていない。

【環境因子】

- ※家族、経済状況、住まい、住居環境、社会資源など本人を取り巻くあらゆる状況など環境的な因子を記載する。
- ・自宅から450m先の集会所で、地域介護予防拠点（いきいき百歳体操などを実施している場所）をしている。
- ・家族関係が良好であり、何かあった時に支援を得ることができる。
- ・玄関の20cmの上り框がある。
- ・浴槽が深い。
- ・カラオケ喫茶店と公民館までは600m、集会所までは450mある。
- ・団地であり、急な坂がある。
- ・自宅から500m先にバス停がある。
- ・夫は80歳で運転免許返納した。

収集した情報から、生活機能の低下を起している背景・要因について、【個人因子】と【環境因子】に分けて分析します。「できること・強み」も併せて記載することで、本人の意欲を高めることにもつなげます。

★本人の思いや希望を踏まえ、可能な限り卒業（自立した生活）を見据えた目標設定につなげます。

(例)

★本人の思いや希望	★家族の思い、希望や意向
① ご自身のためにしていること、心がけていることがありますか ☒ はい リハビリだと思って家事を続ける。 夫、長女にすべて任せないようにできるだけ自分でするように心がけている。 高血圧、高脂血症が悪化しないようにバランスのよい食事管理を心がけているつもり。 膝の負担も軽減するために、痩せないといけないう気持ちはある。 ☐ いいえ ② 今後、生活機能が改善したら、どんな生活を送りたいですか ・約半年程度カラオケ喫茶店に行っていないため、膝が良くなったらまた通って歌謡曲を歌いたい。 ・公民館の洋裁教室やサロンにも行きたい。 ・オシャレして家族と温泉旅行に行きたい。	夫：今まで妻に任せっきりだったが手伝えることは少ないが、できる家事はしたい。温泉旅行に行きたい。 長女：膝が良くなって、カラオケ喫茶店にまた行ってほしい。 歌がうまいからまたカラオケ喫茶店で披露してほしい。

本人の意向に加え、家族がどのように思っているのか、希望や意向を確認しながら、本人の意欲を高める働きかけをします。

自立に向けた本人の意欲を高めるため、生活機能の改善後のイメージを伝え、どのような生活を送りたいか確認しながら、可能な限り卒業を見据えた目標設定につなげます。

★支援方針は、できないことを補完するだけでなく、可能な限り自立した生活ができるような方策を検討した上で記載します。

(例)

★支援方針（優先度の高い順に箇条書き）
① 膝の痛みを軽減するために、定期受診を継続し、運動の継続・体重管理を行う（BMI〇〇、体重〇〇kg以下）。 ② 高血圧症、高脂血症の悪化予防のために、定期受診を継続し、食事管理を行う。 ③ 運動の機会を作り、下肢筋力やバランス向上を図り、公民館やカラオケ喫茶店まで歩いて行けるように体力をつける。 ④ 歯科受診を行い虫歯や歯周病の早期発見・治療し、口の渇きや飲み込み等の口腔機能の改善につなげる。

生活機能低下を起こしている個人因子、環境因子と本人の希望や思いを踏まえ、支援方針を立てます（支援方針は優先順位の高いものから記載します。）。

できないことを補完するだけでなく、可能な限り自立した生活ができるような方策を支援方針に盛り込むことが重要です。

支援方針を定めるに当たり、適切な情報収集と要因分析が重要です。

ケアプラン原案作成

目的	利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組みと支援関係者の役割を明示したもので、「利用者の望む生活」を実現するための計画です。
実施方法	・ 目標設定を行います。 ・ 本人のしたい生活(生活の目標)のイメージを本人・家族と共有します。 ・ 生活の目標については、単に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として、利用者本人が、自身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。 ・ 計画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します。

サービス担当者会議

目的	①利用者・家族の生活の意向・目標を共有します。 ②さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策を検討します。 ③ケアプランに示された取組や関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有します。
開催時期	ケアプランの作成時(居宅要支援被保険者の場合は、要支援更新認定時も含む)・変更時に開催します。

モニタリング(給付管理)

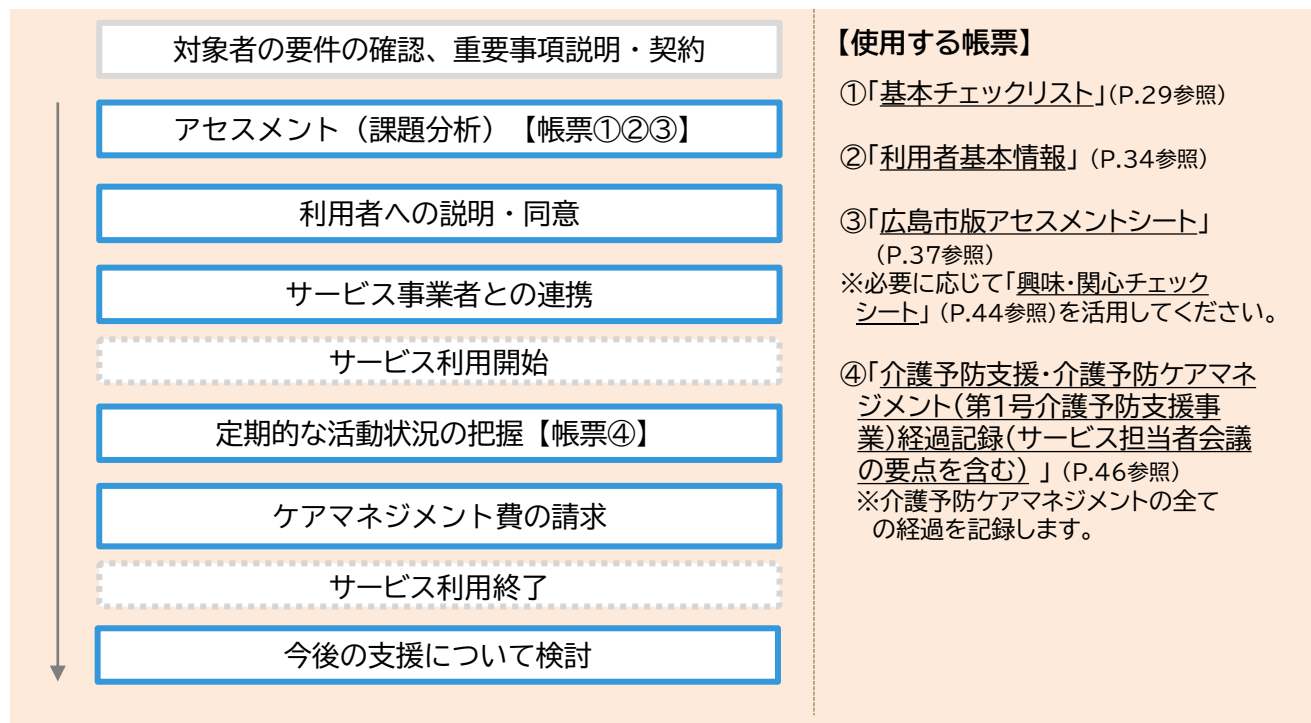
目的	利用者の状態変化や介護予防ケアマネジメント計画等に示された利用者等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を把握することです。実施しているサービス・活動事業等が適切かどうか、新たな課題等が生じていないかどうか確認するとともに、利用者の取組を維持し、促進する機会として活用することが重要です。
実施方法	①～③の場合は、訪問をして面接をします。 ①少なくとも3か月に1回 ②サービスの評価期間の終了月 ③利用者の状況に著しい変化のあった時 ⇒利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行います。 それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができな場合は、電話等により利用者との連絡を実施します。

評価

目的	介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービス・活動事業等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、新たな目標の設定や、利用するサービス・活動事業等の見直し等今後の方針を決定します。
----	--

参考：厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業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)の実施及び介護予防手帳の活用について

(2) ケアマネジメントB(簡略化したケアマネジメント)



利用者への説明・同意

アセスメントの結果、ケアマネジメントBの対象サービスである「短期集中型サービス」の利用が妥当と判断した場合は、アセスメントで把握した支援方針を本人に説明した上で、サービス内容の説明・目標の共有を行い、同意を得ます。さらに、サービス事業者と連携し支援することについて伝えます。なお、アセスメントと同日、別日どちらでも可能です。利用者への説明・同意について利用者の署名は必要としません。

サービス事業者との連携

「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」、「利用依頼書(任意)※短期集中通所口腔ケアサービスを利用する場合は必須」を事業者と共有します。なお、地域包括支援センター等とサービス事業者との間で、利用者の目標等について確実に情報共有した上でサービスを提供してください。

定期的な活動状況の把握

少なくとも毎月1回、以下のいずれかを実施することにより活動状況を把握します。

- ・サービス事業者からの報告書の確認
- ・サービス事業者からの聞き取り
- ・利用者からの聞き取り

※ 利用者の状況変化等があった際は、サービス事業者から地域包括支援センター等に連絡します。

今後の支援について検討

今後の支援について、サービス事業者と連携し、利用者との面談の上、検討します。

利用者のできることを見極め、適切な支援を検討します。

サービス終了後も利用者が社会参加できるよう働きかけを行ってください。なお、評価表の作成は不要です。

よくある質問

ケアマネジメントBについて

Q1: ケアマネジメントBについて、利用者との契約は必要ですか。

A1: 見直し後のケアマネジメントBにおいても、ケアマネジメントの提供に係る利用者との契約は必要となります。

Q2: 「利用者への説明・同意」について、利用者の署名が必要ですか。

A2: 利用者の署名は必要としません。

Q3: 「利用者への説明・同意」について、アセスメントシートは利用者に渡さなければいけませんか。

A3: 利用者にアセスメントシートを渡す必要はありません(渡していただいても差し支えありません。)

Q4: アセスメントシートの記載例について、「できること」「強み」も記載するというのは、ケアマネジメントBに限った取扱いですか。

A4: 介護予防支援やケアマネジメントAの場合も、同様の考え方となります。特に、見直し後のケアマネジメントBではケアプランの作成が不要となるため、意識していただきたいと考えます。

Q5: ケアマネジメントBのケアマネジメント費について、利用開始後、2か月目、3か月目も請求できますか。

A5: 定期的な活動状況の把握を行っていただければ、請求可能です。

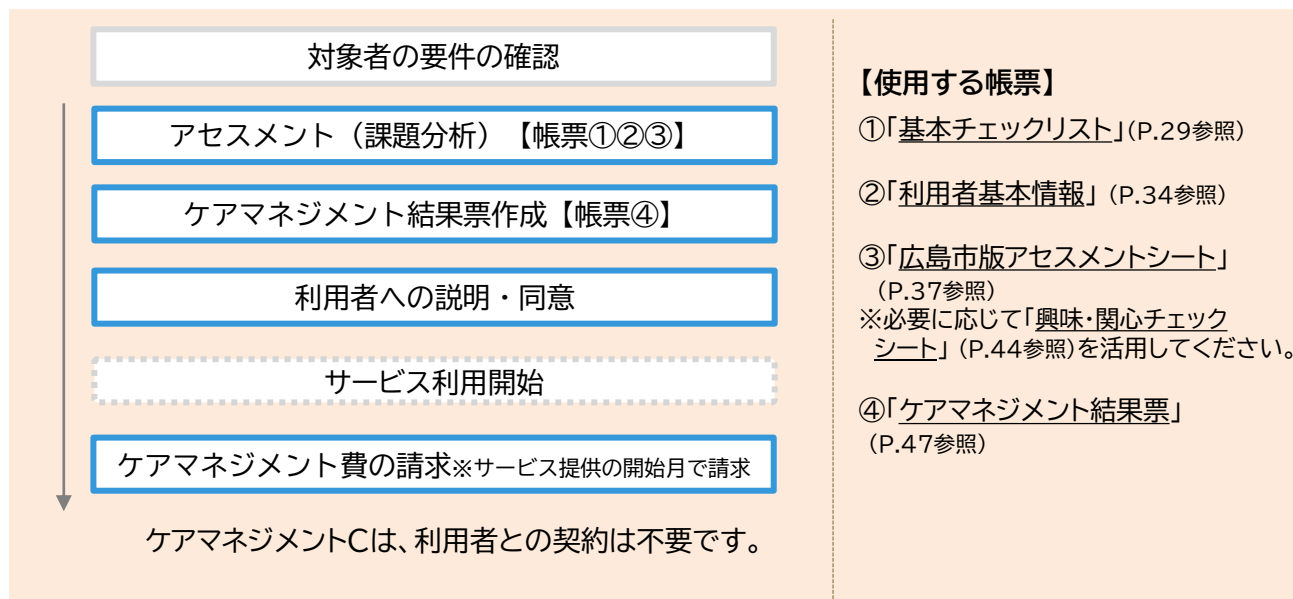
Q6: 居宅介護支援事業所に委託する場合、現在、ケアプランを確認し、コメントを記入していますが、令和8年4月の見直しに伴い、取扱いはどうなりますか。

A6: 見直し後は、ケアプランが不要となるためコメントの記入は必要ありません。地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の間で、電話等により支援方針等を共有してください。

Q7: 利用者にケアプランを渡さないことになるため、利用者のモチベーション維持が不安です。見直しをした結果どうだったか、意見集約を行う場は予定していますか。

A7: 見直し後は、ケアプランが不要となるためコメントの記入は必要ありません。地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の間で、電話等により支援方針等を共有してください。

(3) ケアマネジメントC(初回ケアマネジメント)



利用者への説明・同意

作成したケアマネジメント結果票をもとに、アセスメントで把握した支援方針を本人に説明した上で、サービス内容の説明・目標の共有を行い、同意を得ます。

ケアマネジメント費の請求

ケアマネジメント結果票について利用者から同意を得た後、サービス提供(通いの場への参加等)が開始した月で国保連合会に請求してください(通常のケアマネジメントと同様です。)

よくある質問

Q:前月、訪問介護サービスを数回利用し、全てのサービスの利用を終了した事業対象者について、「ケアマネジメントA」を算定した。今月、新たに住民主体型生活支援訪問サービスの利用希望があったため、ケアマネジメント結果票の作成等を行い、サービス利用につなげた。この場合、「ケアマネジメントC」を算定することはできるか。

A:「ケアマネジメントC」は、初回のみのケアマネジメントであり、初回加算が含まれた単位(月742単位)となっています。初回加算の「新規」の考え方は、介護予防サービス計画と同様、過去2か月以上介護予防ケアマネジメントを算定していない場合に限るため、「ケアマネジメントC」を算定することはできません。

ケアマネジメント結果票記入例(ケアマネジメントC)

ケアマネジメント結果票

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 区分(□事業対象者 □要支援1 □要支援2)

住所 _____ 電話番号 _____

地域包括支援センター名 _____ ケアマネジメント実施者 _____

(居宅介護支援事業所)

○ ご自身の意向

【ご自身の意向】欄

ケアマネジメントの結果、本人が住民主体型生活支援訪問サービスや一般介護予防事業など、どのようなサービスを利用したいと思っているか記載します。

《記載例》

- ・足腰の筋力をつけて買い物に自分で行けるようになりたい。
- ・以前のように近所の人とおしゃべりができる場に参加したい。
- ・庭の草取りやタンスの移動ができないので、〇〇をお願いしたい。

○ 生活の目標

【生活の目標】欄

《記載例》

- ・週に1回は歩いてスーパー〇〇に買い物に行く。
- ・地域の人と交流する機会をもつ。

○ 今後の取組について

【自分が取り組むこと(内容、頻度)】

【支援してもらうこと(いつ、誰に、何を)】

【自分が取り組むこと(内容、頻度)】欄

自立に向けて本人が取り組むことを記載します。

《記載例》

- ・地域介護予防拠点〇〇に毎週参加する。
- ・毎朝、テレビ体操をする。
- ・3日に1回は掃除機をかける。
- ・毎食、たんぱく質を食事に取り入れる。
- ・定期的に歯科医院を受診する。

【支援してもらうこと(いつ、誰に、何を)】欄

住民主体型生活支援訪問サービスを利用する際に主に記載します。

《記載例》

- ・〇月から(住民主体型生活支援訪問サービス)〇〇に毎週水曜日の9時～11時までのサロンの送迎をしてもらう。
- ・月に1回庭の草取りをやってもらう。

ケアマネジメント結果の同意

年 _____ 月 _____ 日

氏名

印

《地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)記載欄》

▶ 該当するケアマネジメントに☑を入れてください。

☒ 介護予防ケアマネジメントC

☐ 卒業に関する介護予防ケアマネジメント

▶ 卒業に関する介護予防ケアマネジメントの場合、サービス利用終了月を記入し、該当項目に☑を入れてください。

サービス利用終了月・・・ 年 _____ 月 _____

☐ 事業対象者の終了届提出と同時にサービス利用を終了

☐ 要支援の認定期間満了と同時にサービス利用を終了

☐ 要支援の認定期間中にサービス利用を終了

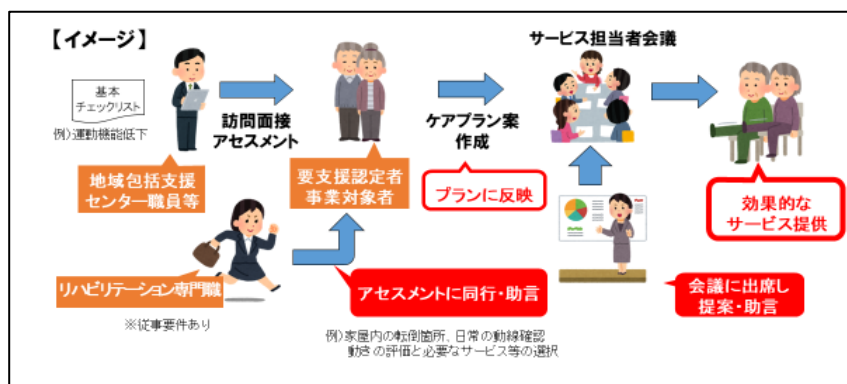
本人にケアマネジメントの結果の同意を得た日を記入します。
本人の署名・捺印をもらいます。

5 地域リハビリテーション活動支援事業における介護予防ケアマネジメント支援

(1) 介護予防ケアマネジメント支援の概要

リハビリテーション専門職が

- ・ 地域包括支援センター等によるアセスメントに同行し、専門的な観点からの助言
- ・ ケアプラン作成後のサービス担当者会議において、サービス提供に当たっての留意点、効果的なプログラム(運動方法等)の提案・助言を行うことで介護予防ケアマネジメントの更なる質向上を図ることを目的としています。



(2) 実施方法等について

① 実施回数

地域包括支援センター当たり、年度内に原則1～3ケース

(居宅介護支援事業所に委託しているケースを1ケース実施)

※ 各センター10月までに最低1ケース実施し、3ケース以上の希望がある場合は11月以降地域包括ケア推進課が調整(各区上限内で調整)。

② 対象ケース

要支援又は事業対象者のうち、利用者がリハビリテーション専門職の同行支援について同意しており、病状等が安定しているケース ※原則新規ケースとするが、継続ケースでケアプランを見直す場合も可
《対象となるケース例》

- ・加齢による衰弱、転倒・骨折、廃用症候群、脳血管疾患後等のケース
- ・回復期又は疾患等が安定しているケース

【留意点】

- ・高齢者に比較的多くみられる状態の方で、他のケースの支援に応用できるものを選定する。
※個性の高いケース(難病等)、要介護状態へ移行する可能性が高いケース、病状が安定していないケース(例:がんの予後が不明、心不全で入院を繰り返している等)は対象外とする。
- ・短期集中予防支援訪問サービスとは目的が異なり、リハビリテーション専門職が対象者に直接サービス提供(運動指導等)やリハビリの指導等をするものではない。

③ 実施内容

リハビリテーション専門職が地域包括支援センター職員等に対して、以下の助言を行う。

(a) アセスメント支援

ケアプラン作成にあたって確認すべき視点やサービス選択等に関する助言

(b) サービス担当者会議

サービス提供事業所における効果的なプログラム等(運動方法等)の提案・助言

(c) フォローアップ支援(モニタリング等の同行支援)

サービス提供開始後に、必要に応じて適宜実施。提案したサービスの効果を確認するとともに、新たなサービス利用やサービス利用期間等についての提案

■ 標記事業の依頼方法の詳細については「地域リハビリテーション活動支援事業について」を御覧ください。

なお、資料の格納先は以下のとおりです。

デスクネットツネオ(文書管理) > 03 介護予防 > 08 地域リハビリテーション活動支援事業 > 01 地域リハビリテーション活動支援事業について

6 卒業に関するケアマネジメント

算定要件

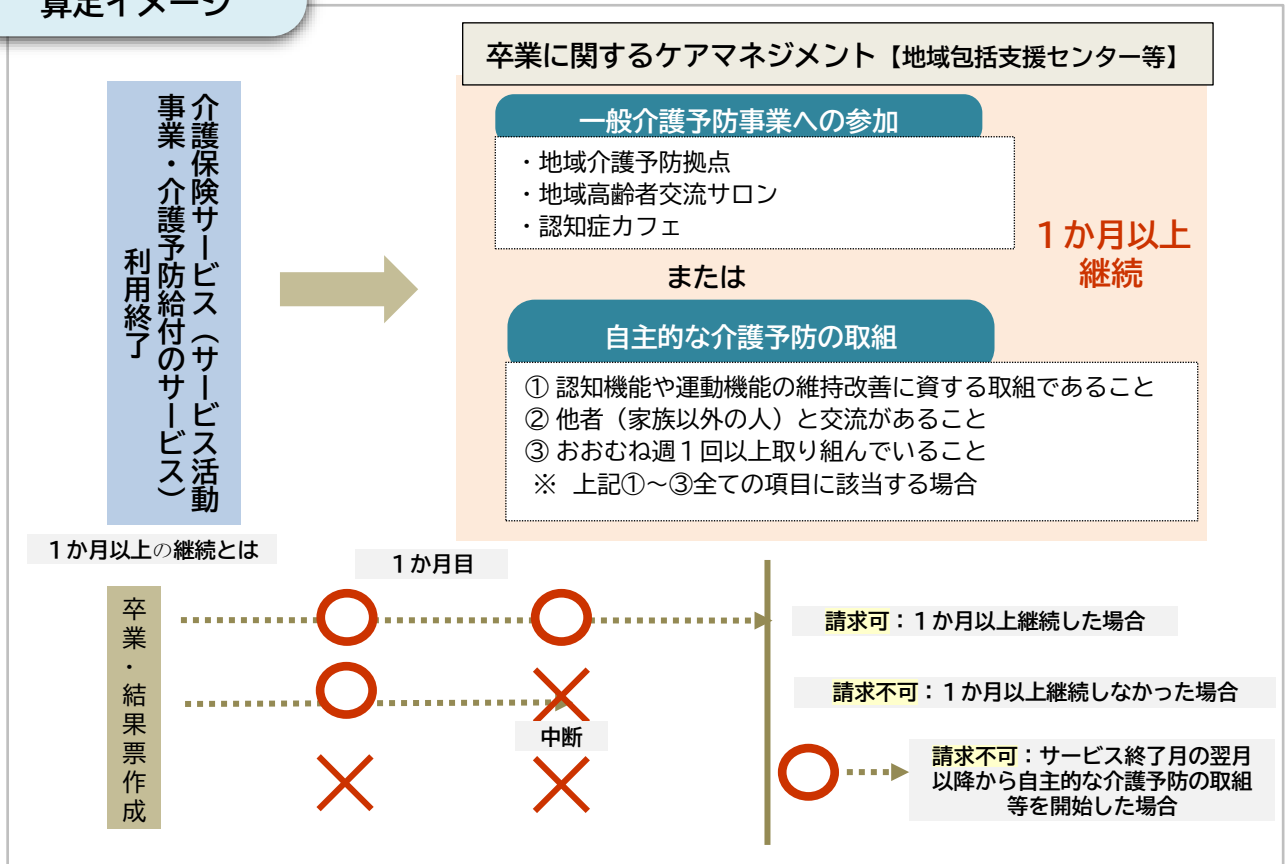
介護予防支援又はケアマネジメントA若しくはケアマネジメントBを実施し、生活機能等が改善したことにより、全ての介護予防サービス（居宅療養管理指導及び特定福祉用具購入費支給を除く。）及び地域密着型介護予防サービス並びにサービス・活動の利用を終了した居宅要支援被保険者等が、一般介護予防事業への参加やその他の自主的な介護予防の取組に移行し、主体的に継続するためのケアマネジメントを行うことです。

ただし、当該取組が1か月以上継続している場合に限るものとし、また、過去1年以内に当該介護予防ケアマネジメントを行った利用者に対して実施することはできません。

区分	費用
委託料	742単位(7,939円)

※ P13の【その他 地域包括支援センターの状況に応じて算定される加算・減算】も適用され、高齢者虐待防止措置未実施減算／業務継続計画未策定減算は各7単位（74円）です。

算定イメージ

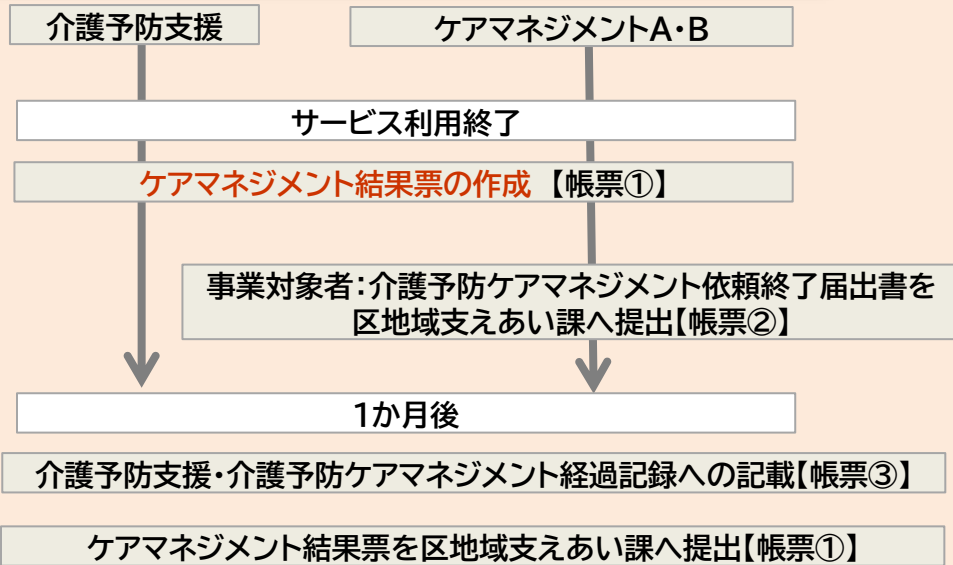


留意事項

・第2号被保険者の場合は、認定期間満了月の前月までにサービスを終了した場合のみ、卒業に関する介護予防ケアマネジメントを請求することができます。（サービスを卒業した翌月に要支援認定者としての資格がない場合、請求できません。）

・また、生活保護受給者のH番号の者（65歳未満の被保険者でない2号被保険者相当の者）は、卒業に関するケアマネジメントは請求することができません。

卒業に関するケアマネジメントの流れと使用する帳票



【使用する帳票】

①「ケアマネジメント結果票 (P.47)サービスの利用終了と同時期(評価の際)に結果票を作成し、本人に交付の上、同意を得る。
※ ケアマネジメント結果の同意日は、結果票について本人に助言・指導を行った日(サービス利用終了と同時期)を記載する。

②「介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書」(P.50)

③「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」(P.46)一般介護予防事業や自主的な介護予防への取組が1か月以上継続したことを確認し、記載する。

指定居宅介護支援事業所に委託している場合

一般介護予防事業への参加やその他の自主的な介護予防の取組を1か月以上継続している旨を記録した「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」を地域包括支援センターに提出し、内容の確認を受けてください。区地域支えあい課への提出は、基本的には地域包括支援センターが行いますが、指定居宅介護支援事業所が行う場合は、提出前に地域包括支援センターに確認を受けて下さい。

国保連合会への請求について

区地域支えあい課へのケアマネジメント結果票を提出した後(サービス利用終了月から約2か月後)に、「サービス利用終了月の翌月分」として国保連合会へ請求(月遅れ請求)してください。

(例:9月にサービス利用を終了した場合、10月分として請求します。)

※ 区地域支えあい課へ提出する前に請求しないでください。

※ 請求月は、自主的な取組の継続を確認した月分ではありません。

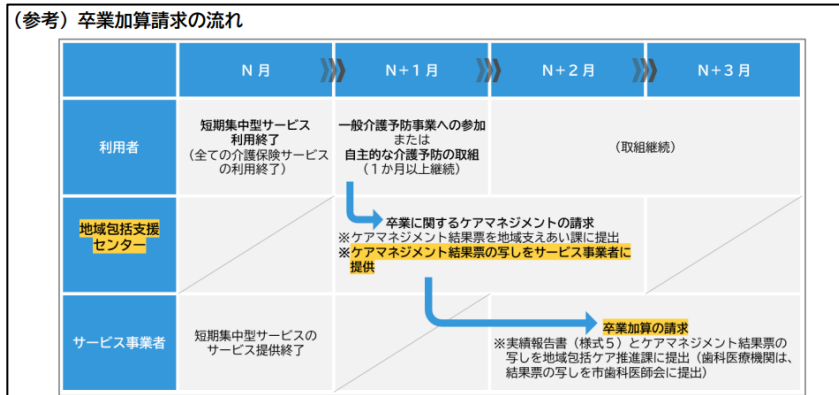
短期集中型サービスにより卒業に関するケアマネジメントにつながった場合

- 地域包括支援センター等が卒業に関するケアマネジメントを実施した場合、短期集中型サービス実施事業者は「卒業加算」を算定できます(7,939 円/件)。

なお、卒業加算の請求には、「ケアマネジメント結果票の写し」が必要となります。

- 地域包括支援センター等は、区地域支えあい課に提出する「ケアマネジメント結果票」の写しをとって、事業者提供してください(区地域支えあい課に提出するタイミングで事業者にも提供してください。)

(参考) 卒業加算請求の流れ



※ 卒業加算請求の流れの詳細については、短期集中型サービス事務マニュアルを御確認ください。

卒業に関するケアマネジメントについて

Q1: 全てのサービスの利用を終了した居宅要支援被保険者等が、サービス利用前又はサービス利用中から参加していた地域介護予防拠点等の自主的な介護予防の取組に移行し、主体的に継続するためのケアマネジメントを実施する場合、卒業に関するケアマネジメントの対象になりますか（サービス利用後に新たな介護予防の取組に移行していない場合でも、対象となりますか。）。

A1: ・サービス利用前又は利用中に行っている活動（自主的な介護予防の取組）であっても、全てのサービスの利用を終了し、当該活動を1か月以上継続した場合、卒業に関するケアマネジメントの対象になります。

※ ケアマネジメントCのみを利用している場合は、卒業に関するケアマネジメントの対象となりませんので御注意ください。

Q2: 「全ての介護予防サービス（居宅療養管理指導及び特定福祉用具購入費支給を除く。）及び地域密着型介護予防サービス並びにサービス・活動の利用を終了した居宅要支援被保険者等」が対象とあるが、住民主体型生活支援訪問サービスで利用しているサービスも全て終了しなければなりませんか。

A2: ・住民主体型生活支援訪問サービスのうち、1号サービス（掃除、洗濯等）は、総合事業の「訪問介護サービス」及び「生活援助特化型訪問サービス」で提供する「生活援助」に相当するものであることから、利用を終了しなければ、卒業に関するケアマネジメントの対象となりません。

・2号サービス（草むしり、家具の移動等）及び3号サービス（1号サービス・2号サービスに含まれないサービス）は、介護保険の事業者が提供しないサービスであり、単発で利用する等、サービス利用期間の設定が難しいものがあることから、利用を継続していても、卒業に関するケアマネジメント費の請求ができるものとします。

Q3: 仕事やボランティア活動であっても、卒業に関するケアマネジメントにおける「自主的な介護予防の取組」として取り扱うことができますか。

A3: 仕事やボランティア活動であっても、以下の①～③の項目全てに該当する場合は、自主的な介護予防の取組として取り扱います。

- ① 認知機能や運動機能の維持改善に資する取組であること
- ② 他者（家族以外の人）と交流があること
- ③ おおむね週1回以上取り組んでいること

ケアマネジメント結果票記入例（卒業に関するケアマネジメント）

ケアマネジメント結果票			
氏名	様	生年月日	年 月 日 区分(□事業対象者 □要支援1 □要支援2)
住所		電話番号	
地域包括支援センター名		ケアマネジメント実施者	
(居宅介護支援事業所名:)			
○ ご自身の意向 【ご自身の意向】欄 サービス利用終了後、取り組みたい又は継続したいと考えている活動内容などを記載します。 ≪記載例≫ ・地域介護予防拠点〇〇に休まず参加したい。 ・毎週〇〇サロンまで歩いて参加し、友人をつくりたい。			
○ 生活の目標 【生活の目標】欄 評価した結果、目標を達成した場合は、新たな目標を設定する。1年後の目標など、中・長期的な目標であって、まだ達成していない目標などがあれば、その目標を記載します。			
○ 今後の取組について ●今後の取組について 【自分が取り組むこと(内容、頻度)】欄 目標に向けて具体的に本人が取り組むことを記載します。 【支援してもらうこと(いつ、誰に、何を)】欄 地域包括支援センター等が本人に対して行った「取組を継続するための助言・指導の内容」を記載します。 ≪記載例≫ ・(本人)週1回地域介護予防拠点〇〇に継続して参加する。 ・(地域包括支援センター)運動の効果を高めるため、肉・魚・卵などのたんぱく質を毎食とるなど、食事に気をつけましょう。			
【自分が取り組むこと(内容、頻度)】 【支援してもらうこと(いつ、誰に、何を)】			
ケアマネジメント結果の同意 年 月 日 氏名 印			
≪地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)記載欄≫ ▶ 該当するケアマネジメントに☑を入れてください。 ☐ 介護予防ケアマネジメントC ☒ 卒業に関する介護予防ケアマネジメント ▶ 卒業に関する介護予防ケアマネジメントの場合、サービス利用終了月を記入し、該当項目に☑を入れてください。 サービス利用終了月… 年 月 ☐ 事業対象者の終了届提出と同時にサービス利用を終了 ☐ 要支援の認定期間満了と同時にサービス利用を終了 ☐ 要支援の認定期間中にサービス利用を終了 本人に助言・指導を行った日を記入します。 本人の署名・捺印は不要です。			

1 介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票

- ・ 相談対応をする職員が、基本チェックリストによる事業対象者の判定が適切かどうか判断するため、必要に応じて使用します。本人が記入するものではありません。
- ・ 明らかに要介護認定を受けた方が良いと思われる場合は、要介護認定申請につながります。
【明らかに要介護認定申請が必要な場合】
 - ・ 明らかに総合事業のサービス以外のサービス利用の希望、必要性がある場合
 - ・ 2号被保険者

(注)この確認票はご本人が記入するものではありません

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票

受付日(年 月 日)

所属【 区役所 ・()地域包括支援センター】

受付者名【 】

本人	被保険者番号		
	氏 名	(歳)	
	介護度	要支援(1・2)・要介護 新規【本人来所：有・無(理由：)】	
	有効期限終了日	年 月 日終了 ※認定者のみ記入	
代理の場合 (親族が申請する場合のみ記入)	代理人氏名	(続柄)	
	代理の理由	入院中・一人で歩けない・本人に頼まれた その他()	

【確認内容】

項 目	確認事項	チェック欄
ご本人の状態	1 一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる。	☐
	2 身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる。	☐
	3 かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。	☐
	4 歩行や立ち座りに介助を必要とし、一人で外出できない。	☐
	5 認知症の症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)がみられ、薬の内服(時間や種類など処方どおり飲む)、電話の利用(電話をかける・用件を伝える)等に介助を受けている。	☐
	6 大きな病氣やけがのため、入院中又は療養中である。	☐
	7 寝たきり又は、重い認知症である。	☐
利用希望サービス	8 「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用したい。 ※ 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。介護者がいない(日中)独居や高齢者世帯等が対象です。	☐
	9 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。 ※ 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。	☐
	10 自宅において、一人では入浴できないため、デイサービスで入浴したい。 入浴できない理由()	☐
	11 下記の介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○) 1.福祉用具レンタル・購入 2.ショートステイ 3.デイケア 4.訪問入浴 5.訪問看護 6.地域密着型サービス 7.居宅療養管理指導 8.住宅改修 (※ 具体的に希望する事業所がある場合は、記入してください。)	☐
	12 入居(GH・特定施設)・入所(特養・老健・療養型)したい。	☐
	13 ※必要に応じて聞き取りしてください。 サービスの利用希望はないが、認定を希望する理由は何ですか。 理由：)	☐

【判定】

「4」～「7」・「11」～「13」の いずれか1つ以上に該当	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	☐	確認者印
「1」～「3」のいずれか、 かつ「8」～「10」のいずれかに該当	⇒ チェックリスト実施対象者です。	☐	

※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、確認票、介護予防ケアマネジメント届出書、介護保険証を区地域支えあい課(〇〇〇〇係)まで提出願います。

網掛の項目に該当していれば、基本チェックリスト対象外のため要介護認定申請につながります。

2 基本チェックリスト

・質問の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらいます。

(表面)

被保険者番号		住所： 氏名：（ 年 月 日生） 電話： - - 代理： 続柄（ ）														
基本チェックリスト																
実施日： 年 月 日																
質問事項	回答：いずれかに○を お付けください。															
1 バスや電車で1人で外出していますか	0 はい 1 いいえ															
2 日用品の買物をしていますか	0 はい 1 いいえ															
3 預貯金の出し入れをしていますか	0 はい 1 いいえ															
4 友人の家を訪ねていますか	0 はい 1 いいえ															
5 家族や友人の相談にのっていますか	0 はい 1 いいえ															
6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0 はい 1 いいえ	/20														
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	0 はい 1 いいえ															
8 15分位続けて歩いていますか	0 はい 1 いいえ															
9 この1年間に転んだことがありますか	1 はい 0 いいえ	/15														
10 転倒に対する不安は大きいですか	1 はい 0 いいえ															
11 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい 0 いいえ															
12 身長 cm 体重 kg (BMI＝) (注)		/2														
13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい 0 いいえ	/3														
14 お茶や汁物等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															
16 週に1回以上は外出していますか	0 はい 1 いいえ	/2														
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															
18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1 はい 0 いいえ	/3														
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	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	1 はい 0 いいえ															
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	/15														
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〉以前は家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															
※ (注) BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する。																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">社会生活</td> <td style="width: 16.6%;">運動</td> <td style="width: 16.6%;">栄養</td> <td style="width: 16.6%;">口腔</td> <td style="width: 16.6%;">閉じこもり</td> <td style="width: 16.6%;">認知機能</td> <td style="width: 16.6%;">うつ</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	社会生活	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ									
社会生活	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ										
総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について高齢福祉部及び地域包括支援センターに提供することに同意します。																
被保険者氏名																

【判定基準】

項目	事業対象者
1～20(生活機能全般)	10項目以上に該当
6～10(運動機能)	3項目以上に該当
11, 12(栄養)	2項目の全てに該当
13～15(口腔機能)	2項目以上に該当
16, 17(閉じこもり)	16に該当
18～20(認知機能)	1項目以上に該当
21～25(生活意欲)	2項目以上に該当

2 基本チェックリスト

(裏面)

- ・ 区地域支えあい課又は地域包括支援センターの職員が記載します。
- ・ アセスメントを実施するために利用者宅を訪問し、高齢者及び家族との面談を行うために必要な情報を記入します。

(基本チェックリスト裏面)

状況調査について

○記入上の注意点

1. 状況調査の連絡先について記入してください。(平日の昼間の連絡の取れる電話番号)
2. 訪問の日時が決まりましたら、同席される方にお伝えください。

連絡先	氏 名		本人との関係	本人・立会人・その他()
	電話番号	()		
	携帯電話番号	()		
訪問先住所	☐ 本人自宅 ⇒ ☐ 一戸建て、 ☐ 集合住宅(名称:) ☐ その他 → 訪問先住所: 訪問先名: 電話番号:			
状況調査日時	☐ 希望日時は特にな ☐ 都合の悪い日時 (曜日、 曜日、 曜日、 / , /) ☐ 時間の希望がある 午前・午後 時頃			
調査の同席者	☐ い る ⇒ 同席される方: 氏名 続柄() ☐ いない ※ 状況調査を正確に行うためにご家族等の同席をお願いしています。できるだけご協力をお願いします。			
特記事項	訪問させていただくにあたり留意が必要なこと等			

○受付機関のメモ欄

・来所経緯、相談内容等

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せず電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。

6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨
11	6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。

13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨
16	週1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか。	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。

18～20の質問項目は認知症について尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。

	質問項目	質問項目の趣旨
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
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	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

参考:厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業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)の実施及び介護予防手帳の活用について

3 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(変更)届出書

(地域包括支援センター用)										令和 年 月 日																
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(変更)届出書																										
(あて先) 広島市 区長 私は下記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に次の介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメント(以下「介護予防サービス計画の作成等」といいます。)を依頼することを届け出ます。																										
依頼する介護予防サービス計画の作成等の区分 (※該当の□にチェック)										区 分																
☐ 介護予防サービス計画の作成 及び 介護予防ケアマネジメント(要支援認定者) ☐ 介護予防ケアマネジメント(事業対象者)										新規 ・ 変更																
被保険者氏名					被保険者番号																					
フリガナ					<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																					
					個人番号																					
					<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																					
					生年月日																					
住所 〒					明・大・昭 年 月 日																					
					電話番号 () -																					
※扶養親属上の世帯と異なる居住地が異なる方で、居住地を訪問するセンターへ介護予防サービス計画の作成等を依頼する場合は記入																										
居住地 〒					電話番号 () -																					
介護予防サービス計画の作成等を依頼(変更)する介護予防支援事業者・地域包括支援センター																										
事業所(法人)名					介護予防支援事業者・地域包括支援センターの所在地 〒																					
介護予防支援事業者・地域包括支援センター名																										
事業所番号					電話番号 () -																					
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 (※同時に介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入)																										
居宅介護支援事業者名					居宅介護支援事業者の所在地 〒																					
居宅介護支援事業所名																										
事業所番号					電話番号 () -																					
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等(※変更の場合のみ記入)										開始年月日・変更年月日																
										令和 年 月 日																

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成等を依頼する事業者と相談の上、介護保険被保険者を添えて、お住まいの区の福祉課へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成等を依頼する介護予防支援事業所もしくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ずお住まいの区の福祉課に届け出てください。
- 3 届出がない場合、サービスに要した費用を全額自己負担していただくことがあります。
- 4 本表の枠だけ記入してください。

広島市確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複
受付印	入力	

4 利用者基本情報

(左半分)

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話 その他 ()	初 回 再 来 (前回 /)	
本人の現況	在宅 ・ 入院又は入所中 ()			
ﾌｻｶﾞﾅ 本人氏名		男 ・ 女	M ・ T ・ S 年 月 日生 () 歳	
住 所			電 話 ()	
			FAX ()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
認定情報	非該当 ・ 要支1 ・ 要支2 ・ 要介1 ・ 要介2 ・ 要介3 ・ 要介4 ・ 要介5 有効期限： 年 月 日 ～ 年 月 日 (前回の介護度：)			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、その他 ()			
本人の 住居環境	自宅 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室 (有 ・ 無)、() 階、住宅改修 (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)		続柄	家族構成 ○=本人、□=女性、◇=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 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)				
緊急連絡先	氏名	続柄		家族構成 家族関係等の状況

4 利用者基本情報

(右半分)

利用者基本情報

《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・すごし方			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			電話	治療中 経過中 その他	
年 月 日			電話	治療中 経過中 その他	
年 月 日			電話	治療中 経過中 その他	
年 月 日			電話	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、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、及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、介護保険施設、主治医その他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。

令和 年 月 日 氏名

印

参考：利用者基本情報の記載について

区分	内容
日常生活自立度	利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定者で用いられた主治医意見書の3(1)の「日常生活の自立等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付します。
認定・総合事業情報	利用者の要介護認定等の区分について「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載します。 基本チェックリストの記入結果について、「事業対象者の該当あり」または「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載します。
緊急連絡先	緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましいです。当該利用者の急変等緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載します。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載します。
家族構成	当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域(〇〇県、△△市など)も可能な範囲で記載します。現在利用者と同居している家族は○で囲みます。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載します。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載します。
今までの生活	当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載します。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載します。
趣味・楽しみ・特技	以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り聴取します。
友人・地域との関係	友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載します。
現病歴・既往歴と経過	主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往歴と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載します。 記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○を付します。その他の状況の場合には「その他」に○を付します。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関または医師については☆印を付します。

参考：厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業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)の実施及び介護予防手帳の活用について

5 広島市版アセスメントシート

(左半分)

		広島市版アセスメントシート			
【記入日: 年 月 日】		【担当: ○○地域包括支援センター ○○○○】			
利用者氏名		(男・女)		生年月日 年 月 日 (歳)	
1 健康状態					
身体状況	部位	症 状	程度・場面・対処	できない・困っていること	困難度 改善可能性
		痛み・しびれ・麻痺			
		痛み・しびれ・麻痺			
		痛み・しびれ・麻痺			
	平常時の血圧	/ mmHg	☐ 不明	利き手 ☐ 右 ☐ 左	
運動制限等、医師の指示はありますか		☐ あり() ☐ なし			
栄養	食事回数 () 回 / 日	食事療法の必要性	☐ あり() ☐ なし		
	食形態 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ 刻み食 ☐ その他()				
	肉・魚・卵・大豆製品をとっていますか	☐ 回 / 日	☐ ほとんどとらない	備考	
	牛乳・乳製品をとっていますか	☐ 回 / 日	☐ ほとんどとらない	備考	
	野菜をとっていますか	☐ 回 / 日	☐ ほとんどとらない	備考	
	間食はしますか	☐ ほぼ毎日 ☐ 時々 ☐ しない	【内容: 】		
	1日にとる水分量について	総摂取量 ☐ 500cc未満 ☐ 500~1000cc ☐ 1000cc以上			
【摂取量の内訳: 水・お茶 cc、汁物 cc、その他() cc】					
口腔	義歯について	☐ あり(☐ 総入れ歯 ☐ 部分(上・下・上+下)入れ歯) ☐ なし 【状況: 】			
	何でもしっかり噛んで食べられますか	☐ はい ☐ いいえ()			
	歯磨きや義歯の掃除を1日に1回以上していますか	☐ はい ☐ いいえ()			
	歯科医院を定期的に受診していますか	☐ はい【頻度: 回 / 】 ☐ いいえ			
排泄	トイレに行くのが間に合わず、失敗することがありますか	☐ はい(パット・失禁パッド使用) ☐ いいえ			
	排尿 日中(回)・夜間(回)				
	排便 (日)に1回	下剤服用 ☐ あり() ☐ なし			
睡眠	眠れないことがありますか	☐ あり ☐ 時々あり ☐ なし 【状況: 】			
	睡眠薬を使用していますか	☐ あり【頻度: ()回 / 日・週・月】 ☐ なし			
嗜好品	飲酒状況について	☐ 飲酒なし 頻度 ()回 / 日・週 量 ()を ml・合 () / 回			
	喫煙状況について	☐ 喫煙なし ☐ 喫煙あり【量: ()本 / 日・週】			
2 ADL					工夫していること・できない理由・今後やりたいこと
立位	運動機能 (支えの必要性)	立ち上がり	☐ できる ☐ 支えが必要(自ら・他者)		
		片足立ち	☐ できる ☐ 支えが必要(自ら・他者)		
歩行	屋内	☐ 杖なし ☐ 杖あり(持ち手: 右・左) ☐ 歩行器 ☐ その他()			
	屋外	☐ 杖なし ☐ 杖あり(持ち手: 右・左) ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー ☐ その他()			
着脱	一人で着替えをしていますか	☐ している ☐ していない			
入浴	一人で洗身していますか	☐ している ☐ していない			
	一人で浴槽をまたぐことをしていますか	☐ している ☐ していない			
3 IADL					
日常生活について		本人がしていること	していない・できない場合は誰がしているか	工夫していること・できない理由・今後やりたいこと	困難度 改善可能性
炊事	☐ (全て・一部)している	☐ 炊飯 ☐ 簡単な食事の用意	☐ 配偶者		
	☐ できるがしていない	☐ ガス(IH)調理器使用	☐ 子(続柄:)		
掃除	☐ (全て・一部)している	☐ 温め ☐ 配膳	☐ その他()		
	☐ できるがしていない	☐ 下膳 ☐ 食器洗い	☐ その他()		
洗濯	☐ (全て・一部)している	☐ 自室	☐ 配偶者		
	☐ できるがしていない	☐ トイレ ☐ 風呂場	☐ 子(続柄:)		
洗濯	☐ (全て・一部)している	☐ その他()	☐ その他()		
	☐ できるがしていない	☐ 掃除機がけ ☐ モップ			
洗濯	☐ (全て・一部)している	☐ 洗濯機の操作	☐ 配偶者		
	☐ できるがしていない	☐ 洗濯物を干す	☐ 子(続柄:)		
洗濯	☐ (全て・一部)している	☐ 取り込む ☐ たたむ	☐ その他()		
	☐ できるがしていない	☐ 整理する			

【困難度改善可能性】 ○1:自立(案)にできる ○2:自立(少し難しい) △1:一部介助(改善可能性高い) △2:一部介助(改善可能性低い) ×1:全介助(改善可能性高い) ×2:全介助(改善可能性低い)

5 広島市版アセスメントシート

(右半分)

日常生活について		本人がしていること・状況		していない・できない場合は誰がしているか		工夫していること・できない理由 今後やりたいこと		困難度 改善可能性	
ごみ出し	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できがしていない ☐ できない	☐ 分別する ☐ まとめる ☐ 集積所まで運ぶ	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()						
買い物	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できがしていない ☐ できない	☐ 買うものを決める ☐ 荷物を持って帰る ☐ 荷物は配達便を利用する ☐ 注文配達	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()						
金銭管理	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できがしていない ☐ できない	☐ 全て管理 ☐ こづかい程度のみ管理 ☐ 銀行に行く／出入金	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()						
服薬	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できない	☐ 忘れずに内服等している ☐ 時々忘れる ☐ 内服 ☐ その他()	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()						
外出手段	☐ 徒歩 ☐ 自家用車(車 ・ バイク) ☐ 自転車 ☐ タクシー ☐ 電車【最寄駅: 】 ☐ バス【最寄バス停: 】 / 最寄りの駅・バス停まで【 約 m 、 約 分程度】 ☐ 家族の送迎【頻度: () 回程度】 ☐ その他()								
4 社会生活 ・ 環境									改善可能性
社会参加・役割	外出頻度 回 / 月		外出先						
	現在、地域で参加しているものはありますか								
	また、以前参加していたものはありますか								
	何かしらの役割がありますか		家庭内		地域				
対人交流	困った時に助けてくれる人はいますか		☐ はい() ☐ いいえ						
	家族との交流状況								
	近隣・友人・知人との交流状況								
認知	もの忘れが気になりますか		☐ はい ☐ 物の置き忘れが増えた ☐ 戸締り ☐ その他() ☐ いいえ						
	会話がまとまらないことはありますか		☐ はい ☐ いいえ						
	身だしなみへの関心の変化はありますか		☐ 変化なし ☐ 関心が低くなった						
	火の始末(タバコを含む)が心配ですか		☐ 心配ない ☐ 心配している ☐ 火の消し忘れ等の経験がある						
生活環境	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか		☐ はい ☐ いいえ						
	☐ 玄関 ☐ 階段 ☐ トイレ ☐ 浴室 ☐ 寝室 ☐ 台所 ☐ 物干し場 ☐ 庭 ☐ その他()								
	自宅周囲の環境で不自由なところはありますか		☐ はい ☐ いいえ						
	☐ 急な坂道 ☐ 自宅敷地内の階段 ☐ 集合住宅のEVがない ☐ バス停や駅が遠い ☐ 買い物できる場がない ☐ 集会所や公民館が遠い ☐ その他()								
★生活機能の低下を起こしている背景・要因、できること、強み(箇条書き)									
【個人因子】					【環境因子】				
★本人の思いや希望									
① ご自身のためにしていること、心がけていることがありますか ☐ はい ☐ いいえ									
② 今後、生活機能が改善したら、どんな生活を送りたいですか									
★支援方針 (優先度の高い順に箇条書き)									

(参考) 広島市版アセスメントシート確認ポイント例

健康状態

※ 利用者の疾患等によって確認すべき内容は異なります。
本資料は、参考として御確認ください。

広島市 The City of Hiroshima		広島市版アセスメントシート			
【記入日: 年 月 日】		【担当: ○○地域包括支援センター ○○○○】			
利用者氏名 (男・女)		生年月日		年 月 日 (歳)	
1 健康状態					困難度 改善可能性
身体 状況	部位	症 状	程度・場面・対処	できない・困っていること	
		痛み・しびれ・麻痺			
		痛み・しびれ・麻痺			
		痛み・しびれ・麻痺			
	平常時の血圧	/ mmHg ☐ 不明	利き手 ☐ 右 ☐ 左		
運動制限等、医師の指示はありますか		☐ あり() ☐ なし			

【身体状況】

身体の痛みや痺れ、麻痺の部位、程度、場面、対処、痛み等があることでできないことや困っていることを確認します。

(質問の意図・留意点)

- ・痛み等は、行動を起こす要因として大きいことから、具体的に聞き取る必要があります。
- ・痛みはどういった動きで起きるのかを確認(痛みの評価)することで、対応策(動きの指導や用具の活用など)の検討材料になります。

栄 養	食事回数	() 回 / 日	食事療法の必要性	☐ あり() ☐ なし	
	食形態	☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ 刻み食 ☐ その他()			
	肉・魚・卵・大豆製品をとっていますか	☐ 回 / 日	☐ ほとんどとらない	備考	
	牛乳・乳製品をとっていますか	☐ 回 / 日	☐ ほとんどとらない	備考	
	野菜をとっていますか	☐ 回 / 日	☐ ほとんどとらない	備考	
	間食はしますか	☐ ほぼ毎日 ☐ 時々 ☐ しない 【内容: 】			
	1日にとる水分量について	総摂取量 ☐ 500cc未満 ☐ 500～1000cc ☐ 1000cc以上			
	【摂取量の内訳: 水・お茶 cc 、 汁物 cc 、 その他() cc 】				

【栄養】

- ・食事摂取状況や水分摂取状況を確認します。
- ・低栄養状態ではないか、(腎臓病や糖尿病等による)食事制限がある場合は守られているかどうか等について、食事内容や回数等から確認します。

(質問の意図・留意点)

- ・食事が十分に摂取できていない原因の一つに「口腔機能の低下」がありますので、あわせて確認を行ってください。
- ・たんぱく質の摂取量が少ない場合は効果的な機能訓練につながりません。
- ・筋力低下がある場合には、特に食事内容を確認することが重要です。
- ・水分摂取量が不足すると、脱水や便秘、認知機能の低下等を引き起こす可能性があるため、
- ・食事内容や水分摂取量を確認し、少ない場合は積極的に水分を摂るよう指導することが必要です。
(※認知機能低下や便秘のある高齢者は、特に水分摂取量の確認が必要です。)

口 腔	義歯について	☐ あり(☐ 総入れ歯 ☐ 部分(上・下・上+下)入れ歯) ☐ なし 【状況		
	何でもしっかり嚙んで食べられますか	☐ はい ☐ いいえ(		
	歯磨きや義歯の掃除を1日に1回以上していますか	☐ はい ☐ いいえ(		
	歯科医院を定期的に受診していますか	☐ はい【頻度: 回／ 】 ☐ いいえ		

【口腔機能】

義歯の有無や状態、咬合力（噛む力）、口腔清掃の状態を確認します。

（質問の意図・留意点）

- ・硬い物が噛めない、むせることが多くなった、口が渇くなどの状態の場合は、口腔機能向上のためのサービス利用などが必要です。

排 泄	トイレに行くのが間に合わず、失敗することがありますか		☐ はい(パット・失禁ハンツ使用) ☐ いいえ	
	排尿	日中(回) ・ 夜間(回)		
	排便	(日に1回)	下剤服用	☐ あり() ☐ なし

【排泄】

排泄の回数やパット等の使用、服薬状況を確認します。

（質問の意図・留意点）

- ・排泄の回数（尿・便）が多い、尿漏れがある場合は、閉じこもりの要因になることがあり、対応策を検討する必要があります。
- ・夜間の排泄の回数が多いと、日中の活動性の低下につながったり、転倒のリスクが高まる場合があります。
- ・排泄回数は飲んでる薬の影響もあることから、排泄の回数多いなど生活に支障を来している場合は、薬剤師や医師に相談する必要があります。

睡 眠	眠れないことがありますか	☐ あり ☐ 時々あり ☐ なし 【状況:
	睡眠薬を使用していますか	☐ あり【頻度:()回／ 日・週・月】 ☐ なし

【睡眠】

睡眠がとれているかどうか、眠剤の服用の有無を確認します。

（質問の意図・留意点）

- ・眠剤を飲みながら、飲酒している場合は注意が必要です。
- ・睡眠が十分とれていない場合は、日中の活動性や昼寝の時間なども確認する必要があります。

嗜 好 品	飲酒状況について	☐ 飲酒なし	頻度()回／ 日・週	量(を ml・合)／ 回
	喫煙状況について	☐ 喫煙なし ☐ 喫煙あり【量:()本／ 日・週】		

【嗜好品】

飲酒や喫煙の頻度や量について確認をします。

（質問の意図・留意点）

- ・飲酒量が多いと健康や生活リズムに影響を及ぼします。糖尿病や肝疾患、睡眠障害等のある場合は飲酒との関連に注意が必要です。
- ・喫煙は健康面の影響があるとともに、認知機能低下のある場合は火の不始末がないかどうかの確認が必要です。

ADL

2 ADL			工夫していること・できない理由・今後やりたいこと	
立位	運動機能 (支えの必要性)	立ち上がり	☐ できる ☐ 支えが必要(自ら ・ 他者)	
		片足立ち	☐ できる ☐ 支えが必要(自ら ・ 他者)	
歩行	屋内	☐ 杖なし ☐ 杖あり(持ち手: 右 ・ 左) ☐ 歩行器 ☐ その他()		
	屋外	☐ 杖なし ☐ 杖あり(持ち手: 右 ・ 左) ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー ☐ その他()		
着脱	一人で着替えていますか		☐ している ☐ していない	
入浴	一人で洗身していますか		☐ している ☐ していない	
	一人で浴槽をまたぐことをしていますか		☐ している ☐ していない	

【ADL】

立位、歩行、衣服の着脱、入浴について、できる（している）か、できない（していない）か、また、工夫していることやできない理由、今後やりたいと思っていることを確認します。

(質問の意図・留意点)

- ・工夫していることやできない理由は、生活機能改善に向けた支援を検討する際の参考にします。
- ・今後やりたいことは、可能な限り生活機能改善の改善のための支援方針に反映させます。

IADL

3 IADL		日常生活について	本人がしていること	していない・できない場合は誰がしているか	工夫していること・できない理由 今後やりたいこと	困難度 改善可能性
炊事	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できるがしていない ☐ できない	☐ 炊飯 ☐ 簡単な食事の用意 ☐ ガス(IH)調理器使用 ☐ 温め ☐ 配膳 ☐ 下膳 ☐ 食器洗い	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()			
掃除	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できるがしていない ☐ できない	☐ 自室 ☐ トイレ ☐ 風呂場 ☐ その他() ☐ 掃除機がけ ☐ モップ	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()			
洗濯	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できるがしていない ☐ できない	☐ 洗濯機の操作 ☐ 洗濯物を干す ☐ 取り込む ☐ たたむ ☐ 整理する	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()			
ごみ出し	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できるがしていない ☐ できない	☐ 分別する ☐ まとめる ☐ 集積所まで運ぶ	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()			
買い物	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できるがしていない ☐ できない	☐ 買うものを決める ☐ 荷物を持って帰る ☐ 荷物は配達便を利用する ☐ 注文配達	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()			
金銭管理	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できるがしていない ☐ できない	☐ 全て管理 ☐ こづかい程度のみ管理 ☐ 銀行に行く／出入金	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()			
服薬	☐ (全て ・ 一部) している ☐ できない	☐ 忘れずに内服等している ☐ 時々忘れる ☐ 内服 ☐ その他()	☐ 配偶者 ☐ 子(続柄:) ☐ その他()			
外出手段	☐ 徒歩 ☐ 自家用車(車 ・ バイク) ☐ 自転車 ☐ タクシー ☐ 電車【最寄駅: 】 ☐ バス【最寄バス停: 】 / 最寄りの駅・バス停まで【約 m、約 分程度】 ☐ 家族の送迎【頻度: () 回程度】 ☐ その他()					

【IADL】

日常生活について、しているか、できるがしていないか、できないか、実際にその行為を行っているかどうかを確認します。

(質問の意図・留意点)

- ・していることやできない理由は、生活機能改善に向けた支援を検討する際の参考にします。
- ・今後やりたいことは、可能な限り生活機能改善の改善のための支援方針に反映させます。
- ・工夫していること、できない理由、今後やりたいことの聞き取りの中で改善可可能性の見極めを行います。

4 社会生活・環境						改善可能性
社会参加・役割	外出頻度	回 / 月	外出先			
	現在、地域で参加しているものはありますか					
	また、以前参加していたものはありますか					
	何かしらの役割がありますか	家庭内		地域		
対人交流	困った時に助けてくれる人はいますか		☐ はい() ☐ いいえ			
	家族との交流状況					
	近隣・友人・知人との交流状況					

【社会参加・役割・対人交流】

社会参加や役割、対人交流の状況を確認します。

(質問の意図・留意点)

- ・できる限り外出の頻度を増やし地域との交流や役割が持てるよう支援します。
- ・以前参加しており、現在参加できていないものがある場合は、その事柄を目標に掲げることが考えられます。
- ・家族や近隣、知人の交流状況からキーパーソンや支援者となり得る人が誰なのかを確認し活用します。

認知	もの忘れが気になりますか	☐ はい(☐ 物の置き忘れが増えた ☐ 戸締り ☐ その他()) ☐ いいえ	
	会話がまとまらないことはありますか	☐ はい ☐ いいえ	
	身だしなみへの関心の変化はありますか	☐ 変化なし ☐ 関心が低くなった	
	火の始末(タバコを含む)が心配ですか	☐ 心配ない ☐ 心配している ☐ 火の消し忘れ等の経験がある	

【認知機能】

物忘れなどの認知機能の状況を確認します。

(質問の意図・留意点)

- ・本人や家族から聞き取りを行います。
- ・認知機能は、健康状態の水分摂取量や排泄（便秘の有無）、睡眠不足も影響することから関連づけてアセスメントします。

生活環境	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じる場所がありますか		☐ はい ☐ いいえ	
	☐ 玄関 ☐ 階段 ☐ トイレ ☐ 浴室 ☐ 寝室 ☐ 台所 ☐ 物干し場 ☐ 庭 ☐ その他()			
	自宅周囲の環境で不自由なところがありますか		☐ はい ☐ いいえ	
	☐ 急な坂道 ☐ 自宅敷地内の階段 ☐ 集合住宅のEVがない ☐ バス停や駅が遠い ☐ 買い物できる場がない			
	☐ 集会所や公民館が遠い ☐ その他()			

【生活環境】

自宅内外の生活環境の状況を確認します。

(質問の意図・留意点)

- ・転倒の経験のある場合は、転倒した場所を確認し、転倒を繰り返さないよう環境整備が必要です。
- ・生活機能の低下を招いている家屋状況や自宅周辺の環境を確認し、改善に向けた支援をします。

★ 生活機能の低下を起こしている背景・要因、できること、強み(箇条書き)

「できること」・「強み」も記載します。

★生活機能の低下を起こしている背景・要因、できること、強み(箇条書き)	
【個人因子】	【環境因子】

収集した情報から、生活機能低下を来している要因について、個人因子と環境因子に分けて分析します。

- ・個人因子：健康状態、生活機能（心身機能・構造、活動、参加）生活歴など個人的な要因
- ・環境因子：家族、経済状況、住まい、住居環境、社会資源など本人を取り巻くあらゆる状況など環境的な因子

★ 本人の思いや希望

★本人の思いや希望	★家族の思い、希望や意向
① ご自身のためにしていること、心がけていることがありますか ☐ はい ☐ いいえ	
② 今後、生活機能が改善したら、どんな生活を送りたいですか 	

本人の思いや希望、家族の思い、希望や意向を確認します。

(質問の意図・留意点)

- ・生活機能の改善後のイメージを伝えながら、どのような生活を送りたいか確認しながら、目標設定につなげます。
- ・本人の意向も踏まえ家族がどのように思っているのか、希望や意向を確認しながら、本人の意欲を高めるようにします。

★ 支援方針

★支援方針（優先度の高い順に箇条書き）

生活機能低下を起こしている個人因子、環境因子と本人の希望や思いを踏まえ、支援方針を立てます。支援方針は優先順位の高いものから記載します。

(留意点)

- ・できないこと補完するだけでなく、可能な限り自立した生活ができるような方策を支援方針に盛り込むことが重要です。
- ・支援方針を定めるためには、適切な情報収集と要因分析が要となります。

興味・関心チェックシート

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）

7 介護予防サービス・支援計画書

【使用する対象者】
・ケアマネジメントA利用者

[illegible]

8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

(第1号介護予防支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

計画作成者氏名

利用者氏名

年月日

内容

年月日

内容

※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

9 ケアマネジメント結果票

【使用する対象者】

- ・ケアマネジメントC利用者
- ・卒業に関するケアマネジメントの対象者

ケアマネジメント結果票

氏名 様 生年月日 年 月 日 区分(□事業対象者 □要支援1 □要支援2)

住所 電話番号

地域包括支援センター名 ケアマネジメント実施者

(居宅介護支援事業所名:)

○ ご自身の意向

○ 生活の目標

○ 今後の取組について

【自分が取り組むこと(内容、頻度)】

【支援してもらうこと(いつ、誰に、何を)】

ケアマネジメント結果の同意

年 月 日

氏名

印

≪地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)記載欄≫

▶ 該当するケアマネジメントに☑を入れてください。

☐ 介護予防ケアマネジメントC

☐ 卒業に関する介護予防ケアマネジメント

▶ 卒業に関する介護予防ケアマネジメントの場合、サービス利用終了月を記入し、該当項目に☑を入れてください。

サービス利用終了月… 年 月

☐ 事業対象者の終了届提出と同時にサービス利用を終了

☐ 要支援の認定期間満了と同時にサービス利用を終了

☐ 要支援の認定期間中にサービス利用を終了

【使用する対象者】
・ケアマネジメントA利用者

F表

No.

利用者名

様

介護予防サービス・支援評価表

計画作成者氏名

評価日

年

月

日

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成状況に対する評価		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	

総合的な方針

介護予防支援事業者意見

☐ 介護給付
予防給付

☐ プラン継続
プラン変更

☐ 二次予防事業
一次予防事業

☐ 終了

☐ 終了

11 サービス・活動の機能訓練参加に係る検査受診券

介護予防・生活支援サービスの機能訓練参加に係る検査受診券 兼 問診票・結果票		受診者用	
住所 〒 広島市 区 町丁目番号		受診番号	
年齢	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男・女
氏名	様 電話番号 ()		

この受診券をお持ちの方は、広島市が実施する介護予防・生活支援サービスの機能訓練への参加を希望されています。
下記の検査を実施して頂き、機能訓練の参加の可否を判定していただきますようお願いいたします(患者さま負担は無料です)。

全ての方に実施してください。

☐ 計測	身長(cm)	体重(kg)
	血圧(~ mm Hg)	
☐ 診察	所見 (有・無)	

↓

必要に応じて心電図検査を実施してください(実施した場合に限り、所見を御記入ください。)

心電図	☐ 実施	所見 (有・無)
	☐ 未実施	

※ 検査委託料については、「医療機関」の「委託料明細」の欄を参照してください。

↓

機能訓練参加可否判定 ☐ にチェックをつけてください。

☐ 機能訓練の参加が望ましい。
機能訓練の参加についての留意点等

☐ 医学的な理由により、機能訓練の参加は不適当である。

検査は以上で終了です。ありがとうございました。

<検査を受けられた方へ>

医療機関から、検査の結果を受け取られましたら、担当者へお渡しください。

担当:

電話:

[お問い合わせ先]
〒730-8586
広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
広島市健康福祉局地域包括ケア推進課
TEL 082-504-2648(直通)
FAX 082-504-2136

令和 年 月 日 上記のとおり実施しました。

医療機関所在地
名称
氏名(管理者)

事業対象者のうち、総合事業のサービスの機能訓練参加に当たり、医師による参加の可否判定が必要な場合、検査受診券を発行し、医師による参加の可否判定を確認した上でサービスの利用につなげます。

(参考)

- ・ 受診券の依頼方法

地域包括ケア推進課に「①利用者氏名、②生年月日、③郵送先、④受診予定の病院、⑤発行理由」を電話連絡し、依頼します。

- 利用者負担

機能訓練参加に係る検査受診についての本人負担はありません。

12 介護予防ケアマネジメント依頼終了届

令和 年 月 日

介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

(あて先)
広島市 区長

以下の地域包括支援センターに対する、事業対象者としての介護予防ケアマネジメントの依頼を終了する(した)ことを届け出ます。

被保険者氏名	被保険者番号										
ア カ ナ	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
印 (※本人の自署の場合、押印は必要ありません。)	個人番号										
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
住所 千	生年月日										
	明・大・昭 年 月 日										
居住地 千	電話番号 () -										
	明・大・昭 年 月 日										
居住地上の住所と実際の居住地が異なる方で、居住地を届出するセンターへ介護予防ケアマネジメントを依頼していた場合は記入											
居住地 千	電話番号 () -										
介護予防ケアマネジメントを受託していた居宅介護支援事業所 (※居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを受託していた場合のみ記入)											
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地										
居宅介護支援事業所名	千										
居宅介護支援事業所名	電話番号 () -										
介護予防ケアマネジメント依頼を終了する地域包括支援センター											
地域包括支援センター名											
介護予防ケアマネジメント依頼を終了する理由	終了年月日										
☐ 全てのサービス利用を終了した ☐ サービスを利用しないことになった	令和 年 月 日										

(注意) 1 この届出書は、「事業対象者」の方が全てのサービスの利用を終了された場合又は、ケアマネジメントの結果、サービスを利用しないことになった場合に、介護保険被保険者証を添えて、お住まいの区の地域支えあい課へ提出してください。

2 太枠の中だけ記入してください。

3 再度、介護保険のサービス利用が必要になった場合は、お住まいの区の地域支えあい課又は地域包括支援センターに相談ください。

広島市確認欄

受付印

☐ 被保険者
☐ 介護予防
地域包括

入

【終了年月日欄の記載について】

■ サービスの利用を終了した場合

・サービスを利用した最後の月の末日を記載

■ ケアマネジメントの結果、

サービスを利用しないことになった場合

・サービスを利用しないことが決まった月の末日を記載

※ 結果票に同意署名をした月の末日

事業対象者が、次のいずれかに該当する場合に提出します。

- ① 全てのサービスの利用を終了した。
- ② 介護予防ケアマネジメントを依頼したが、ケアマネジメントの結果、サービスを利用しないことになった。

