

広島市短期集中型サービス実施事務マニュアル

（短期集中予防支援訪問サービス）



広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課

平成 29 年 4 月策定

令和 4 年 4 月更新

目次

I	介護予防・日常生活支援総合事業における 短期集中型サービスについて	1
II	短期集中予防支援訪問サービスについて	6
III	サービス提供の流れ	9
IV	サービス事業所への委託業務内容	12
V	広島市へ提出する実績報告書の作成について	15
VI	広島市への届出について	17
VII	不特定多数の者を対象とした広報について	19
VIII	よくあるご質問（FAQ）	20

参考資料

参考資料 短期集中型予防支援訪問サービス 様式等一覧

I 介護予防・日常生活支援総合事業における 短期集中型サービスについて

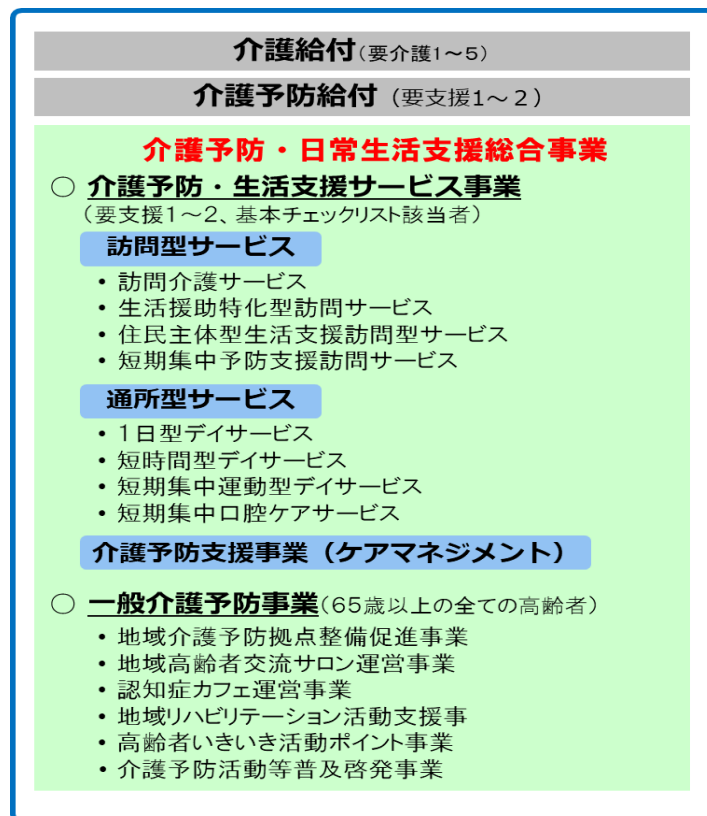
1 介護予防・日常生活支援総合事業について

■ 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「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。）」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「介護予防・生活支援サービス事業」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。



■ 総合事業の対象者

① 介護予防・生活支援サービス事業

要支援認定者及び基本チェックリスト該当者

(地域包括支援センターが実施する介護予防ケアマネジメントでサービス利用が必要であると認められた者)

② 一般介護予防事業

65 歳以上の全ての高齢者（介護保険の第 1 号被保険者）

(参考) 基本チェックリスト

質問事項		【判定基準】	
1	バスや電車で1人で外出していますか	No1～20	10項目以上 (複数項目に支障)
2	日用品の買物をしていますか		
3	預貯金のおし入れをしていますか		
4	友人の家を訪ねていますか		
5	家族や友人の相談にのっていますか	No6～10	3項目以上 (運動機能の低下)
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		
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		
8	15分位続けて歩いていますか		
9	この1年間に転んだことがありますか	No11～12	2項目 (低栄養状態)
10	転倒に対する不安は大きいですか		
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	No13～15	2項目以上 (口腔機能の低下)
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	No16	1項目 (閉じこもり)
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		
15	口の渇きが気になりますか	No18～20	1項目以上 (認知機能の低下)
16	週に1回以上は外出していますか		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		
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		
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	No21～25	2項目以上 (うつ病の可能性)
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感が少ない		
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) 以前は楽にでき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		

■ 総合事業の利用までの流れ

(1) 利用相談、認定・判定

- ・ 利用希望者等は、区役所地域支えあい課又は地域包括支援センターで利用相談を行います。
- ・ 利用者本人の状況や希望する内容等を踏まえ、要介護・要支援認定又は基本チェックリストによる判定を受けます。

(2) 介護予防ケアマネジメント

- ・ サービスの利用にあたっては、地域包括支援センターの保健師等の専門職による介護予防ケアマネジメントを受けます。

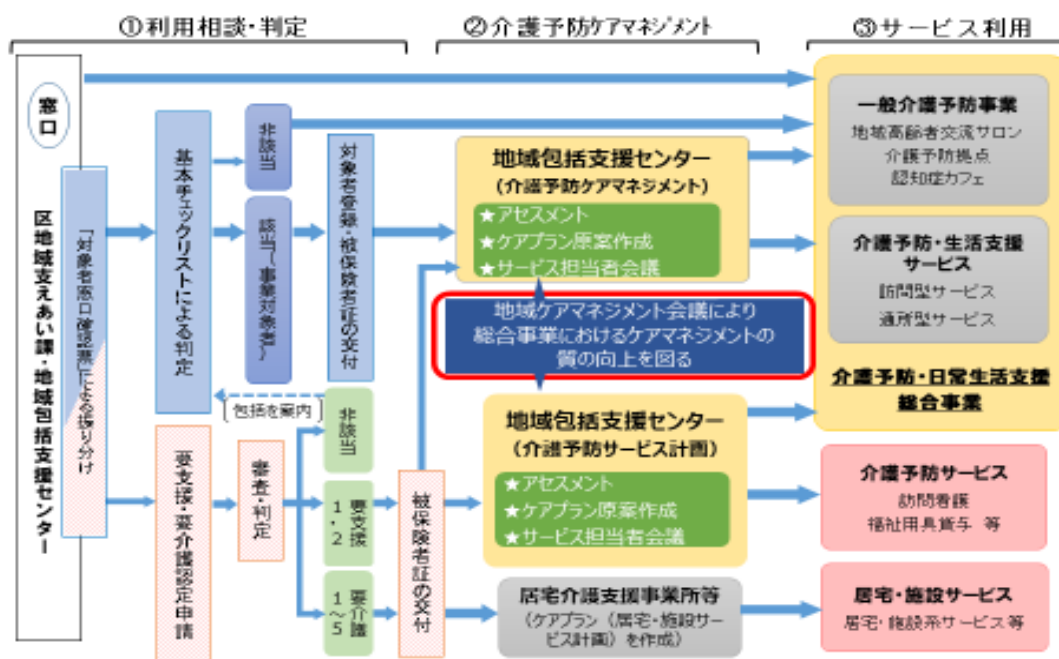
- ① 利用者本人の心身機能や生活機能等を確認します（アセスメント）。
- ② 介護予防と自立支援の視点を踏まえ、利用者本人の日常生活に必要な介護予防や生活支援を判断し、「ケアプラン」を作成します。

※ 要支援認定者については、地域包括支援センターから委託を受けた指定居宅支援事業所が行う場合があります。

(3) サービス利用

- ・ 地域包括支援センターと訪問型サービスや通所型サービスを提供する事業者等が「サービス担当者会議」で利用者の課題やケアプランの目標を共有した上で、利用者へのサービスを開始します。

【参考】総合事業の利用までの流れ



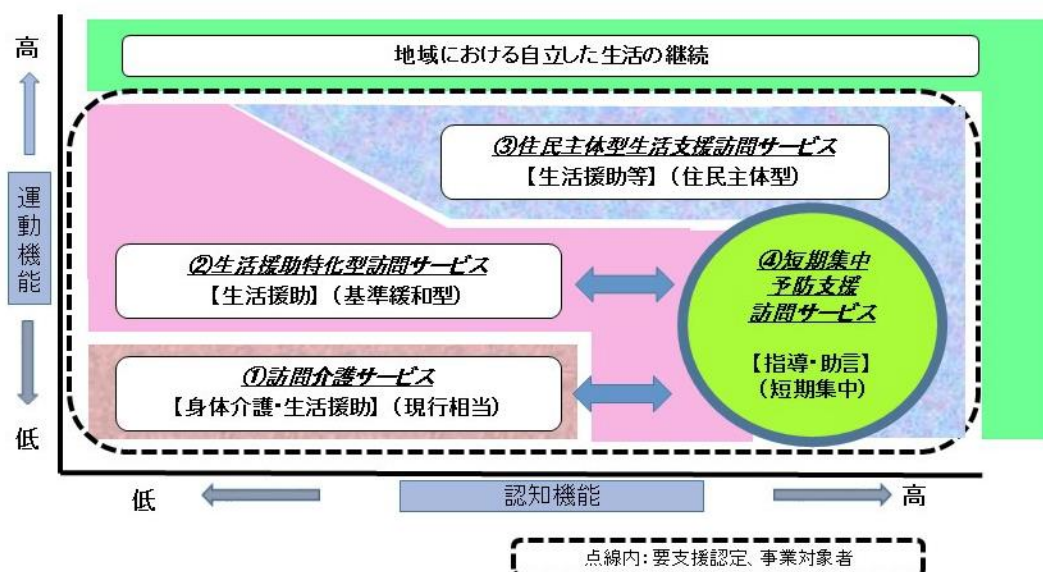
2 短期集中型サービスの位置づけ

総合事業のサービスのうち、短期集中型サービスは、生活機能が低下している高齢者に対し、専門職が集中的な支援を行うことで効果的に機能回復を図るサービスです。

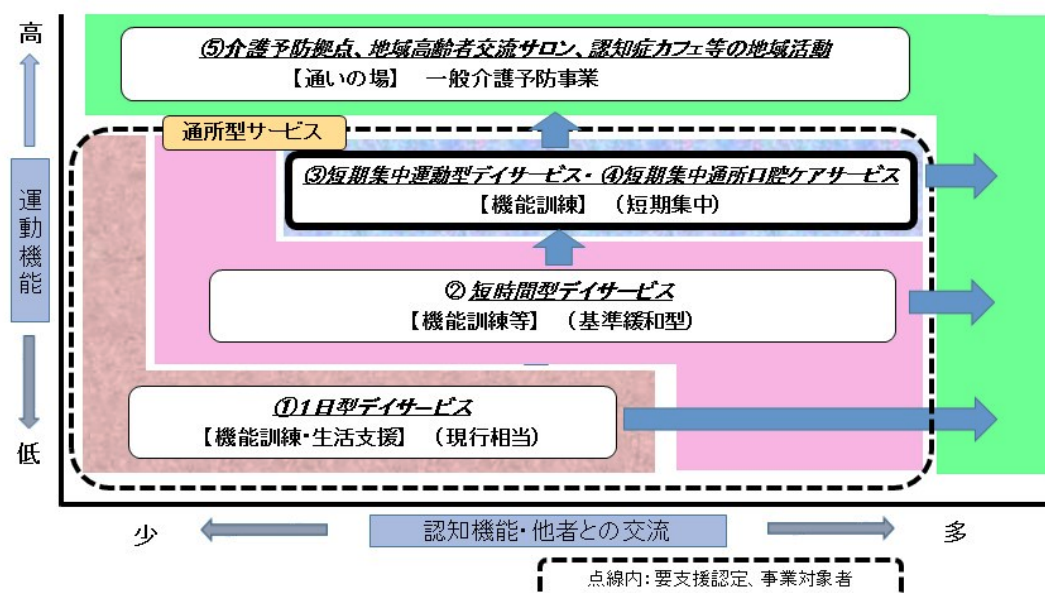
高齢者のセルフケア能力を高める働きかけを行い、サービス終了後も継続して介護予防に取り組み、自立した生活が継続できるよう支援します。

さらに、機能が改善した場合には、可能な限り地域の介護予防拠点等の利用への移行を目指します。

(1) 訪問型サービス



(2) 通所型サービス・一般介護予防事業

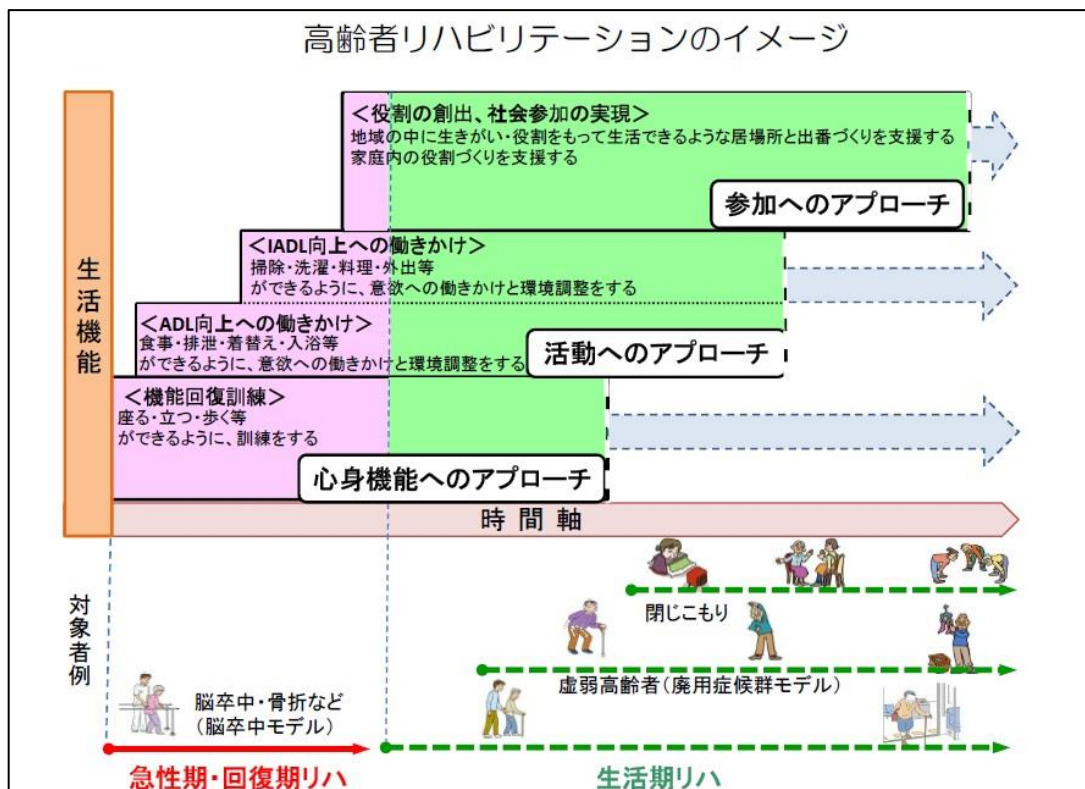


(参考) 介護予防の基本的な考え方

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的としています。
- 特に、生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素に働きかけることが重要です。
- また、単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善のみを目指すのではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すことが重要です。

※生活機能とは、次の要素から構成されます。

- ・「心身機能」…人が生きていくために必要な機能、体の働きや精神の働き
- ・「活動」…ADL、IADL等の生活行為全般
- ・「参加」…家庭や社会生活で役割を果たすこと



Ⅱ 短期集中予防支援訪問サービスについて

1 短期集中型サービスの概要

■ 目的・内容

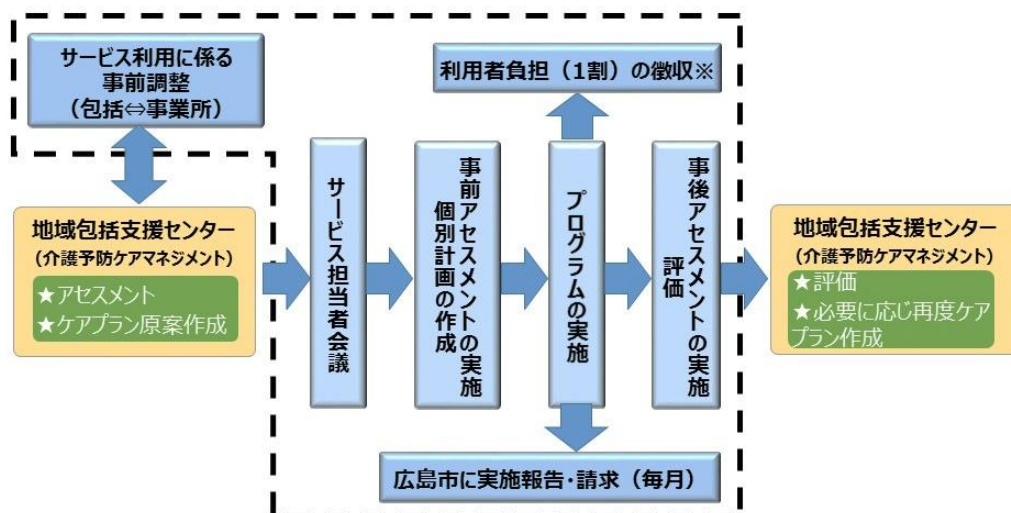
介護予防・日常生活支援総合事業において、地域包括支援センターが実施する介護予防ケアマネジメントに基づき、短期集中的にサービスを受けることで生活機能の改善が見込まれる高齢者（要支援者、事業対象者）に対し提供する訪問型・通所型のサービスです。高齢者が要介護状態等になることを予防し、自立した生活が維持できるよう、必要に応じて、他のサービスと組み合わせながら、次の介護予防サービスを提供します。

- ① 運動器の機能が低下している者に対し、日常生活動作の改善などの助言や、転倒を予防するため、下肢筋力、平衡能力、歩行能力の維持向上を目的とした運動指導等を行う。
- ② 低栄養状態のおそれのある者に、低栄養状態を改善させるための栄養相談等を行う。
- ③ 口腔機能の低下が認められる者に、嚥んだり飲みこんだりといった口腔機能を向上させるため、摂食・嚥下機能訓練、口腔清掃の自立支援等を行う。

■ サービスの流れ（概略）

☐内は短期集中型サービス受託者の業務内容

短期集中型サービスは、**地域包括支援センターが作成するケアプランに基づき提供**する。



※ 利用者負担は、原則として1か月分を月末又は翌月に徴収する。

※ サービス提供期間中は、地域包括支援センターが利用者について毎月モニタリング（3か月に1回は面談）を行うが、利用者の状況変化等あった場合など必要に応じて、随時地域包括支援センターと連携する。

※ 事前・事後アセスメントや個別計画等は広島市所定の様式を使用する。

2 短期集中予防支援訪問サービスの提供について

■ サービスの内容

対象者の居宅において、次のサービスを実施します。

① 運動器の機能向上

ADL、IADL といった日常生活における動作の改善に向けた適切な運動や、動作の工夫に関する助言、指導

② 生活環境改善

自宅内・自宅周囲の動線や、自宅内の生活環境改善に関する助言、指導

③ 口腔機能向上

「食べる力」（摂食・嚥下）に関する動作改善に向けた助言、指導

④ コミュニケーション力の改善

コミュニケーション力低下に伴う「うつ傾向」の改善に向けた助言、指導

⑤ 栄養改善

低栄養予防のための効果的な栄養摂取など食生活の改善に関する助言、指導

⑥ その他

①～⑤のほか、居宅生活の自立度を高めるために専門職が行うにふさわしい助言、指導

■ サービス提供を行う専門職

各専門職は、下表のとおり、必要なサービスを提供します。

区 分	リハビリ専門職			管理栄養士
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	
① 運動器の機能向上	○	○	×	×
② 生活環境改善	○	○	×	○
③ 口腔機能向上	×	×	○	×
④ コミュニケーション力改善	×	×	○	×
⑤ 栄養改善	×	×	×	○
⑥ その他	○	○	○	○

※ 必要な支援内容に応じて、① 理学療法士・作業療法士、② 言語聴覚士、③ 管理栄養士のサービスを併用することができるものとします。

■ サービスの提供頻度・時間等

サービスは、地域包括支援センターが作成するケアプランに基づき提供します。

- ・ おおむね2週間に1回ずつ
- ・ 1回当たり30分又は60分
- ・ 3～6か月間

※ 原則3か月（利用開始日の3か月後の応当日の前日まで）を1クールとし、1年度内に最大2クールとします。

3 サービスの提供に当たっての留意点

- ・ 短期集中型サービスでは、一定の期間内に集中的にサービスを行うことで、短期間で生活機能の向上（自立度を高めること）を目指すこと。
- ・ サービス担当者会議などで、地域包括支援センターや他のサービス提供事業者とケアプランの目標等を共有し、目標に即した効果的なサービスを提供すること。
- ・ 利用期間中からサービス終了（卒業）後を見据え、地域包括支援センターと連携してサービス終了後の機能維持のための方策を検討し、助言すること。

Ⅲ サービス提供の流れ

利用申請からの流れ

① 介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）の作成・利用調整

利用者が居住する地区を担当する地域包括支援センター又は地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者※（以下「地域包括支援センター等」という。）は、ケアプラン原案を作成し、利用希望事業所との利用調整を行います。

※ 要支援認定を受けている場合は、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。

② サービス担当者会議

本人、家族、地域包括支援センター等の担当ケアマネジャー、サービス提供事業者等が参加するサービス担当者会議を行います。

担当ケアマネジャーは、会議終了後、その結果を反映させたケアプランを完成させ、以下の書類を事業所に送付します。

- ・ ケアプラン
- ・ 基本チェックリスト
- ・ 利用者基本情報
- ・ 広島市版アセスメントシート

③ 利用者へ訪問日等の連絡

事業所は、担当ケアマネジャーからの書類が届いた後に、利用者へサービスの利用（訪問日時等）について連絡を行います。

④ 利用者と利用契約の締結

事業所は、利用者へ利用者負担等について説明を行った上で利用契約を締結し、サービスの提供を開始します。

⑤ 事前アセスメントの実施（初回利用）

初回訪問時に事前アセスメントを行い、担当ケアマネジャーから送付されたプラン等を基にサービスを開始してください。

※ 必要に応じ、プランを作成した地域包括支援センター等と連絡を取ってください。

⑥ 個別サービス計画の作成

初回訪問で事前アセスメントを行ったのち、2回目の訪問までに『個別サービス計画（様式2）』を作成し、利用者に同意のサインをもらい、その写しを担当する地域包括支援センター等に送付してください。

⑦ 利用状況の記録

事業所は、毎月、『短期集中予防支援訪問サービス利用状況（利用明細）（様式6）』の写しを、担当する地域包括支援センター等へ送付します（翌月の5日まで）。

⑧ モニタリング（利用状況等の確認）

地域包括支援センター等は、『短期集中予防支援訪問サービス利用状況（利用明細）（様式6）』をもとに、毎月、利用者との面談等を行い、サービスの利用状況等について確認を行い、適宜ケアプランの見直しを行います。

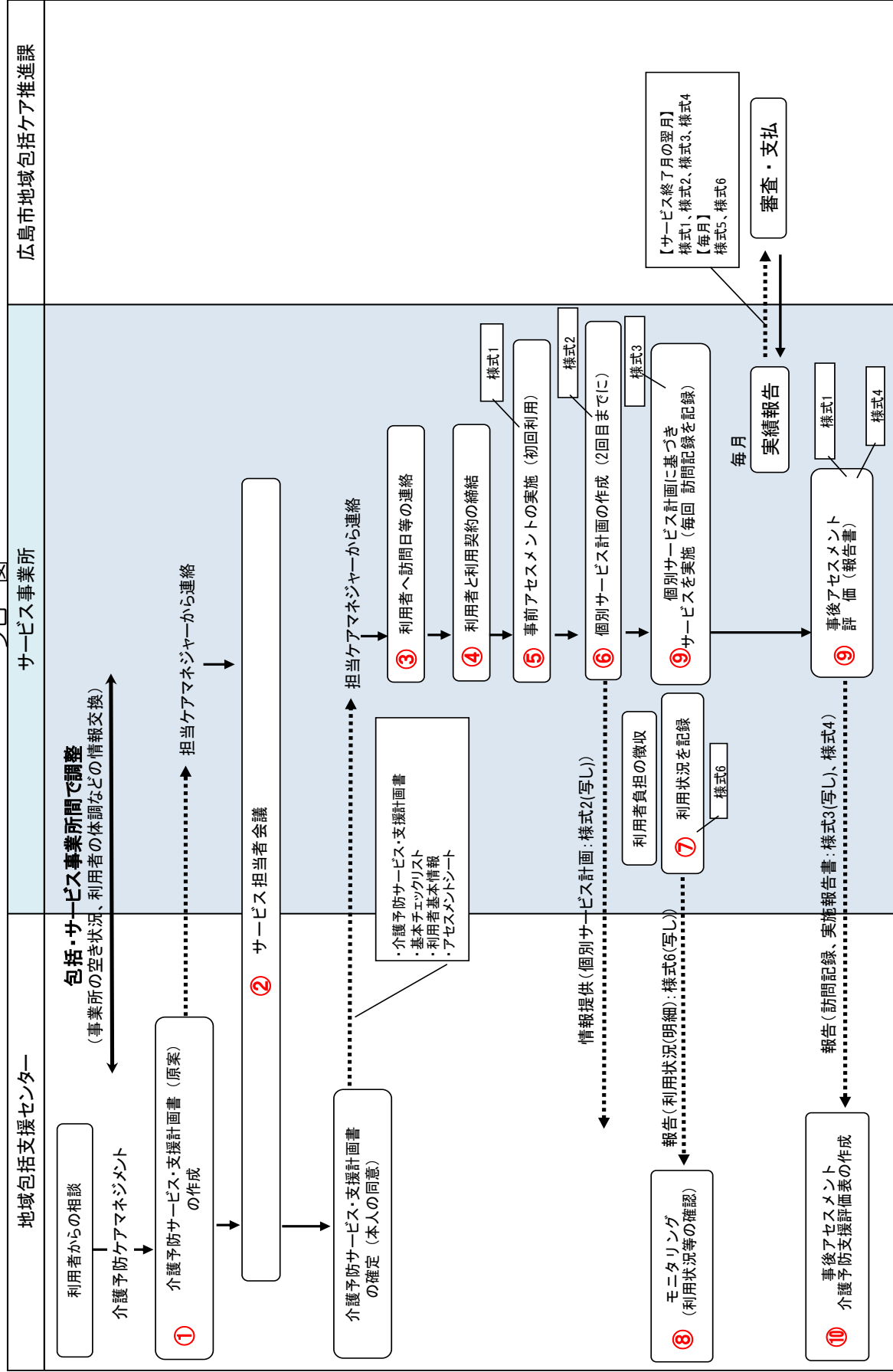
⑨ サービスの実施・評価（報告）

サービスの利用期間中は、事業所で『短期集中予防支援訪問サービスの経過記録（様式3）』を作成し、サービスの期間が終了後、その写しを『短期集中予防支援訪問サービス実施報告書（様式4）』とともに、すみやかに担当する地域包括支援センター等へ送付してください。

⑩ 事後アセスメント・介護予防支援評価表の作成

地域包括支援センター等は、『短期集中予防支援訪問サービス実施報告書（様式4）』を参考に、利用者と面談のうえ、サービス実施後の評価を実施し、必要に応じて再度プランを作成します。

フロー図



Ⅳ サービス事業所への委託業務内容

1 サービス提供まで

① 地域包括支援センター等との事前調整

サービス提供開始前に、次の場合などにおいて地域包括支援センター等との連絡調整が必要となります。

- ・ 地域包括支援センター等から訪問範囲や時間等について問い合わせがあった場合
- ・ 事業の利用を予定している者の身体状況や事業を実施する上での注意点についての情報共有が必要な場合

その他にも必要に応じて地域包括支援センター等と連携をとるようにしてください。

② サービス担当者会議

本人、家族、地域包括支援センター等の担当ケアマネジャー、サービス提供事業者等で行うサービス担当者会議へ出席し、利用者の心身機能の状況や住環境等の把握、サービス終了後の目標の確認、サービスについての十分な説明と訪問の打ち合わせ等を行ってください。

※ サービス担当者会議の日程について、サービス提供開始予定日が近づいても連絡がない場合は、担当ケアマネジャーへ連絡をとってください。

③ 利用者への連絡

担当ケアマネジャーからのケアプラン等の書類が届いた後に、担当ケアマネジャーへ連絡したうえで、利用者へサービスの実施について、訪問時間等もあわせて連絡を行ってください。

※ ケアプランが届く前にサービス提供を開始しないでください。開始予定日が近づいてもプランが届かない場合には、担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センター等にご相談ください。

④ 利用契約の締結

サービス提供前に、改めて重要事項や注意事項について説明を行い、利用者との間で利用契約を締結してください。

2 事前アセスメントの実施

① 事前アセスメント

利用初日に心身機能や ADL、IADL、栄養状態等について問診を実施し、**アセスメント票（様式 1）**に結果を書き込みます。

② 個別サービス計画

事前アセスメントののち、プランやアセスメント結果を基に、利用者一人一人の状態に応じた個別計画を作成し、**様式 2**に記入してください。

個別サービス計画は 2 回目の訪問までに作成し、利用者に説明したのち同意を得てください。

※ 必要に応じ、担当する地域包括支援センター等と連絡を取ってください。

利用者から同意を得たのち、それぞれ担当する地域包括支援センター等に**様式 2**の写しを提出してください。

3 サービスの提供

プログラム実施期間中は、毎回、**短期集中予防支援訪問サービスの経過記録（様式 3）**に、利用者に対する指導内容や今後の課題等について記録してください。

① サービスを提供するうえでの留意点

- ・ 利用者が家庭や地域において自立した生活を継続するために、自発的、意欲的に取り組めるような指導・助言を行う。
- ・ 「認知症」や「うつ」などの症状等が見られた利用者について、何らかの支援が必要と判断した場合には、担当する地域包括支援センター等に情報提供し、連携して利用者への支援を行う。

② 安全管理について

サービスを提供するにあたり、体調不良等の自覚症状を訴える場合等には、サービス提供を中止（延期）する。

※ 利用者の体調が急激に悪化した際、または事故が発生した際には、速やかに地域包括ケア推進課へ報告する。（報告の方法は、VI 市への報告・届出についてを参照してください。）

4 事後アセスメントの実施、報告

① 事後アセスメントの実施

最終回に事後アセスメントを実施し、**アセスメント票（様式 1）**にアセスメント結果を記入してください。

② 地域包括支援センター等への報告（毎月、及びサービス終了時）

- ・ 毎月 5 日までに、**短期集中予防支援訪問サービス利用状況（利用明細）（様式 6）**の写しを、担当の地域包括支援センター等に提出してください（※様式 6 の原本は広島市へ提出）。
- ・ サービス終了後は、**短期集中予防支援訪問サービス実績報告書（様式 4）**を作成し、**短期集中予防支援訪問サービスの経過記録（様式 3）**の写しとともに、すみやかに担当の地域包括支援センター等に提出してください。

③ 広島市への報告（毎月）

毎月 10 日までに、前の月に実施したサービスの実績を広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課に報告してください。詳しい提出書類については、P. 15 を参照してください。

5 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いについては次の事項に十分注意してください。

（個人情報取扱特記事項より抜粋）

- ・ 業務に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。
- ・ 発注者の指示又は承諾があるときを除き、業務に関して知り得た個人情報を業務の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならない。
- ・ 業務に関して知り得た個人情報の漏えい、改ざん、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適正な管理のために必要な措置を講じなければならない。
- ・ 本サービスの提供に従事する者だけでなく、その他職員についても、本サービスについて知り得た個人情報を適正に取扱うよう必要な措置を講じること。

その他、委託契約書内の個人情報の取扱に関する規定をよく読み、適切に業務を実施してください。

V 市へ提出する実績報告書について

◆ 提出が必要な書類

サービスの利用があった場合、次の書類を提出してください。

1 実施報告及び請求に関する提出書類

- 1) 実績報告書【様式5】
- 2) 利用状況【様式6】

2 サービス提供に関する提出書類

(※ 1クール(3か月)のサービス利用終了者分について、
郵送により提出してください。)

- 1) アセスメント票【様式1】(写し)
- 2) 個別計画【様式2】(写し)
- 3) 経過記録【様式3】(写し)
- 4) 実施報告書【様式4】(写し)

◆ 作成上の留意点

(1) 様式5について

- ・ 提出年月日(右上の日付)は実施月の翌月10日まで(土日祝日でも構いません。ただし3月分については、3月31日)の日付を記入してください。
- ・ 毎月の報告を事業所設置法人代表者から事業所代表者へ委任している場合は、所在地、施設名、代表者の欄には事業所のものを記入し、電子メールにより提出してください。(電子メールによる提出が難しい場合は、郵送での提出も可)
- ・ 前項の委任のない場合は、法人の所在地、名称、代表者を記入してください。
- ・ 当様式について訂正する場合は、新たに様式を作成し提出してください。
(郵送による提出の場合も同様)

(2) 様式6について

- ・ 原本を郵送により提出してください。
 - ・ 利用日ごとに利用者に署名をもらってください。(利用者本人の押印でも可。拇印は不可。)利用者の署名漏れにご注意ください。
- ※ ① 理学療法士・作業療法士、② 言語聴覚士、③ 管理栄養士のサービスを同日に実施する場合、各サービスごとに利用者に署名をもらってください。

◆ 書類提出時の留意点

- ・ 電子メールにより様式5を提出する場合は、必ず件名を「【短期集中・訪問】〇月分報告（事業所名）」としてください。（〇は該当月を入力）
- ・ 様式6及びサービス提供に関する提出書類については、個人情報が含まれているため、必ず郵送により提出してください。

提 出 先：広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課（市役所本庁舎2F）

e-mail：hokatsucare@city.hiroshima.lg.jp

提出期限：【実績報告及び請求に関する書類】実施月の翌月10日まで（必着）

（ただし、3月分は3月31日まで）

【サービス提供に関する提出書類】サービス終了月の翌月10日まで（必着）

Ⅵ 市への届出について

次に挙げる場合には、必ず報告・届出を行ってください。

サービス提供中に事故が発生した場合

次の場合には、**事故発生連絡票**を地域包括ケア推進課に提出してください。

- 利用者が死亡した場合又は医療機関で治療を受けた場合
- 利用者の財物を毀損したり、滅失したために、利用者との間に紛争が起こった場合
- 利用者又は従業者にノロウィルス、インフルエンザ等の感染症が発生した場合
- 上記以外の場合であっても、賠償すべき事故が発生した場合又は損害賠償を行うこととなった場合
- その他、必要と判断した場合

委託契約に関わる事項について変更が生じた場合

次の場合には、各項目に挙げる書類の提出が必要です。

(1) 委託契約書に記載されている法人の所在地、名称、代表者が変更する場合

- 口座振替依頼書

(2) 事業所の代表者等が変更になったとき

① 実績報告書の提出などを事業所の代表者に委任している場合

- 事業所の代表者が変更することについての変更届
- 事業所の新しい代表者名を記載した委任状
- 口座振替依頼書（委託料の請求・受領を委任している場合に限る）

② 実績報告書の提出などを事業所の代表者に委任していない場合

届出は不要です。

(3) 実施計画書に記載した内容を変更する場合

① 派遣する専門職の職種を追加する場合

- 実施計画を変更することについての変更届
- 従事職員の資格証の写し

※ 派遣する専門職の職種に変更がない場合は、従事職員の追加・変更についての届出は不要です。

② 利用定員、実施予定日、訪問範囲等を変更する場合

- 実施計画を変更することについての変更届

その他、委託契約に関わる事項について変更が生じる際には、必ず地域包括ケア推進課へご相談ください。

★問い合わせ先★

広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課
〒730-8586 広島市中区国泰寺町1-6-34
電話：082（504）2648
FAX：082（504）2136

Ⅶ 不特定多数の者を対象とした広報について

不特定多数の者に対して当サービスの実施を広報する際には、次に挙げる事項に基づき、実施してください。

◆原則◆

事業について広告をする場合には、
虚偽又は誇大な内容であってはならない。

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

第34条及び第105条より準用)

必ず記載が必要な項目

- 広島市の受託事業であること
- サービスを利用できる対象者は、広島市介護予防・日常生活支援総合事業において、要支援認定者及び基本チェックリストに該当した第1号被保険者のうち、地域包括支援センター又は地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者による介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにおいて、短期集中運動型デイサービスの利用が必要と認められた者であること。

【例文】

利用対象者は、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）のうち、専門職による短期間（3か月程度）の訪問支援サービスを受けることで改善が見込まれる人です。

- サービスを利用するためには、地域包括支援センター等のケアマネジャーがケアプランを作成し、サービス担当者会議を実施する必要があること

【例文】

サービスを利用するためには、地域包括支援センター等の担当ケアマネジャーに、ケアプランを作成してもらい、サービス担当者会議（サービス提供に関わる専門職との会議）を行う必要があります。まずは、お近くの地域包括支援センターに相談してください。

VIII よくあるご質問（FAQ）

Q 1 短期集中予防訪問支援サービス（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）と介護予防訪問リハビリテーションはどういった点が違いますか。

A 1 短期集中予防支援訪問サービスは、「ADL、IADL といった日常生活における動作の改善に向けた適切な運動や、動作の工夫」や「自宅内・自宅周囲の動線や、自宅内の生活環境改善」等に関する助言・指導を行うことで、利用者が自立した生活を送ることができるよう支援するものです。

訪問リハビリテーションとは異なり、医師の指示に基づいて、利用者の心身機能の維持回復を図るために行う「理学療法・作業療法その他必要なリハビリテーション」は提供しません。

Q 2 利用者が入院や体調不良等で連続して休む場合や、要介護認定を受けた場合は、どうなりますか。

A 2 利用者が長期間にわたり休む場合（1 か月以上）や、要介護認定を受けた場合など、継続して事業が利用できなくなったときは、お手数ですが、利用者を担当する地域包括支援センターまでお知らせください。

Q 3 利用者の友人等、サービスを利用されたい方がいるのですが、その場合はどうしたらよいでしょうか。

A 3 まずはお住まいの地区を担当する地域包括支援センターにご相談いただくよう、ご説明をお願いします。

Q 4 地域包括支援センターに提供する資料についても、「不特定多数の者に対する広報についての取扱」に準じて作成する必要があるのでしょうか。

A 4 事業者が地域包括支援センターに提供する資料のうち、センターが利用者に適した事業所を選定する際の検討資料として活用する資料であれば、「不特定多数の者に対する広報についての取扱」に準じて作成する必要はありません。

ただし、地域包括支援センターの窓口に案内チラシとして設置するものについては、本取扱に準じて作成してください。

Q 5 利用者負担の徴収は、サービス提供日ごとに行ってもよいでしょうか。

A 5 徴収の時期は、原則として月末又は翌月初めとしていますが、利用者からの同意が得られれば、サービス提供日ごとに徴収してもかまいません。

Q 6 プランには記載されていない専門職によるサービスの提供が必要だと思われる方に対して、事業所の判断で専門職を派遣し、サービスを提供してもよいでしょうか。

A 6 サービスの提供は、地域包括支援センター等が作成するプランに基づいて実施します。そのため、事業所の判断で実施することはできません。

事業所でのアセスメント等により、プランに記載のない専門職によるサービスの提供が必要だと思われる方については、担当ケアマネジャーへご相談ください。

短期集中予防支援訪問サービス 様式等一覧

様式番号	名 称	市への 報告	包括への 報告	提出時期
様式 1	『アセスメント票』 ※PT・OT、ST、管理栄養士用	○ (写し)	×	1クール終了後
様式 2	『個別計画』	○ (写し)	○ (写し)	市：1クール終了後 包括：計画作成後
様式 3	『経過記録』	○ (写し)	○ (写し)	1クール終了後
様式 4	『短期集中予防支援訪問サービス実施 報告書』 ※PT・OT、ST、管理栄養士用	○ (写し)	○	〃
様式 5	『短期集中通所予防支援訪問サービス 実績報告書（ 年 月分）』	○	×	毎月 (翌月10日まで※)
様式 6	『短期集中予防支援訪問サービス利用 状況（利用明細）（ 年 月分）』	○	○ (写し)	毎 月 (市：翌月10日※) (包括：翌月5日※)
－	事故発生連絡票	○	×	事故発生時

※3月分については、3月31日まで

運動機能アセスメント票

様式1 (短期集中予防支援訪問サービス PT・OT)

ふりがな	
氏 名	

記入者:

事前: 年 月 日

事後: 年 月 日

質問事項			評価項目	事前	事後
基本 チ ェ ッ ク リ ス ト (※1)	6	階段や手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1 はい 0 いいえ		
	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	1 はい 0 いいえ		
	8	15分位続けて歩いていますか	1 はい 0 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		
	10	転倒に対する不安は大きいですか	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		
	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		

※1 事前の欄には、基本チェックリストの結果を転記する。

質問事項			事前	事後
運 動 機 能	1	開眼片脚立ち	1. 秒: ☐ 右 ☐ 左	1. 秒: ☐ 右 ☐ 左
	2	30秒立ち上がり	2. 秒: ☐ 右 ☐ 左	2. 秒: ☐ 右 ☐ 左
	3	TUG (任意で実施)	回 秒	回 秒
生 活 状 況 等 (※2)	3	運動習慣	回/週	回/週
	4	自宅の庭先や周囲に外出する頻度	回/週	回/週
	5	買い物など遠方に外出する頻度	回/週	回/週
	6	活動範囲(LSA)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
	7	補助用具・代替用品の活用	☐ 有 ☐ 無 〔 使用用具等の名称 〕	☐ 有 ☐ 無 〔 使用用具等の名称 〕
	8	自宅内の移動	☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる	☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる
	9	身の回りの行為の支障	☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる	☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる
		(入浴、洗面、トイレ、食事、服の着脱など)	☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる	☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる
	10	家事や家の中の仕事の支障	☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる	☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる
			☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる	☐ ☐ ☐ ☐ 難しい 楽にできる
	11	体の痛みの程度(0~10で評価)	【部位等】	
			【部位等】	

※2 質問8~11は、利用者本人の主観を記載する。

質問11は「Numerical Rating Scale」を用い、0(全く痛みなし)~10(耐えられない痛み)の11段階で評価する。

★利用者のコメント(サービス利用による改善点や変化等について、ご本人の主観を記入してください。)

--

栄養状態アセスメント票

様式1(短期集中予防支援訪問サービス 管理栄養士)

ふりがな	
氏 名	

記入者:

事前: 年 月 日

事後: 年 月 日

質 問 事 項			評 価 項 目		事前	事後
基本 チェ ック リ	11	6ヶ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	1	はい	0	いいえ
	12	BMIは18.5以上ですか	0	はい	1	いいえ
		身長、体重	身長	cm	体重 (事前 kg) (事後 kg)	

※事前の欄には、基本チェックリストの結果を転記する。

質 問 事 項		事 前			事 後					
1	歯や口腔、飲み込みの問題がありますか	☐	はい	・ ☐ いいえ	☐	はい	・ ☐ いいえ			
2	下痢が続いていたり、下剤を常用していますか	☐	はい	・ ☐ いいえ	☐	はい	・ ☐ いいえ			
3	便秘が続いていますか	☐	はい	・ ☐ いいえ	☐	はい	・ ☐ いいえ			
4	食欲はありますか	☐	はい	・ ☐ いいえ	☐	はい	・ ☐ いいえ			
5	食べることは楽しみですか	☐	はい	・ ☐ いいえ	☐	はい	・ ☐ いいえ			
6	毎日誰かと食事をしていますか	☐	はい	・ ☐ いいえ	☐	はい	・ ☐ いいえ			
7	1日に3食食べていますか	☐	はい	・ ☐ <u>いいえ</u> ↓ (欠食: ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕)	☐	はい	・ ☐ <u>いいえ</u> ↓ (欠食: ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕)			
8	毎日の食事づくりはだれがどのようにしていますか									
9	好きな食べ物はあるものですか									
10	きれいな食べ物はどんなものですか									
11	食べ物のアレルギーがありますか	☐ はい ・ ☐ いいえ ↓ (内容:)								
12	医師に食事療法をするようにいわれていますか	☐ はい ・ ☐ いいえ ↓ (内容:)			☐ はい ・ ☐ いいえ ↓ (内容:)					
13	食事でなにか気をつけていることはありますか	☐ はい ・ ☐ いいえ ↓ (内容:)			☐ はい ・ ☐ いいえ ↓ (内容:)					
14	日常の食事に次の食品を食べますか 食べる: ○、2日に1回食べる: △、食べない: ×	朝	昼	夕	朝	昼	夕			
①	ごはん、パンめん類のいずれか									
②	肉、魚、卵、大豆製品のいずれか									
③	野菜、きのこ類									
④	牛乳・乳製品									
⑤	果物									

★利用者のコメント（サービス利用による改善点や変化等について、ご本人の主観を記入してください。）

--

口腔機能・コミュニケーションアセスメント票

様式1(短期集中予防支援訪問サービス ST)

ふりがな	
氏 名	

記入者:

事前: 年 月 日

事後: 年 月 日

質問事項			評価項目	事前	事後
基本 チェック リスト (※1)	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		
	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		
	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		

※1 事前の欄には、基本チェックリストの結果を転記する。

質問項目			事前	事後
口 腔 機 能	1	反復唾液嚥下テスト(RSST)	回/30秒	回/30秒
	2	5秒間で発音できた回数 (パ)	回	回
		(タ)	回	回
		(力)	回	回
生 活・口 腔に 関 する 状 況 (※2)	3	歯磨き、又は義歯の手入れの回数	回/日	回/日
	4	硬いものが食べにくくなりましたか	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない
	5	錠剤が飲み込みにくい時がありますか	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない
	6	話す時に舌がまわらないことがありますか	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない
	7	口臭が気になりますか	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない
	8	口から食物がこぼれることがありますか	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない
	9	食後に口の中に食べ物が残りやすいですか	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない	☐ ☐ ☐ ☐ よくある ない
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン 機 能 (※2)	10	会話の聞き取りが難しいことがありますか	☐ ☐ ☐ ☐ 多い ない	☐ ☐ ☐ ☐ 多い ない
	11	言葉がまとまらないことがありますか	☐ ☐ ☐ ☐ 多い ない	☐ ☐ ☐ ☐ 多い ない
	12	会話に関するストレスを感じるがありますか	☐ ☐ ☐ ☐ 多い ない	☐ ☐ ☐ ☐ 多い ない
		▶ どんな時によく感じますか		
	13	(ここ2週間)家族、友人との会話の頻度	☐ ☐ ☐ ☐ 減った 増えた	☐ ☐ ☐ ☐ 減った 増えた

※2 質問4～13は、利用者本人の主観を記載する。

★利用者のコメント(サービス利用による改善点や変化等について、ご本人の主観を記入してください。)

--

計画の期間 年 月 日 ～ 年 月 日

わたしのゴール

ゴールに向かう身近な目標

専門的プログラム	支援項目	☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他（ ）					
	具体的支援内容						
セルフケアプログラム							

実行や支援にあたって注意する事など

利用者同意サイン		続柄	本人
----------	--	----	----

事業所名

計画作成者

()

短期集中予防支援訪問サービス個別計画

記入例

様

作成日： 年 月 日

計画の期間

【ポイント1】

- ・ 対象者の課題となる生活機能を把握し、対象者の「望む生活」や「したいこと」につながる具体的な活動を目標として設定する。
- ・ 対象者がイメージしやすいような生活の延長線上での目標設定を意識

わたしのゴール

ゴールに向かう身近な目標

【ポイント2】

- ・ 「わたしのゴール」を達成するための身近な目標を設定。
※目標は、評価しやすいように具体的な状況・状態像や数値化（時間・日数・回数等）して記載する。

専門的プログラム	支援項目	☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 心臓機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他（ ）		
	具体的支援内容			
プログラム	セルフケア			

実行や支援にあたって注意する事など

利用者同意サイン		続柄	本人
----------	--	----	----

事業所名

計画作成者

()

短期集中予防支援訪問サービスの経過記録

様式3 (短期集中予防支援訪問サービス)

目標(ゴール)

氏名

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
実施日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
健康状態						
指導項目	☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他	☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他	☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他	☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他	☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他	☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他
指導の要点						
課題・改善点等						
特記事項						
担当者職種・氏名						

短期集中予防支援訪問サービスの経過記録

目標（ゴール）

氏名	
----	--

	第 7 回		第 8 回		第 9 回		第 10 回		第 11 回		第 12 回	
実施日	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
開始・終了時刻	: ~ :		: ~ :		: ~ :		: ~ :		: ~ :		: ~ :	
健康状態												
指導項目	☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他		☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他		☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他		☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他		☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他		☐ 運動器の機能向上 ☐ 生活環境改善 ☐ 口腔機能向上 ☐ コミュニケーション力の改善 ☐ 栄養改善 ☐ その他	
指導の要点												
課題・改善点等												
特記事項												
担当者職種・氏名												

短期集中予防支援訪問サービス実施報告書

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日：

年 月 日

(

居宅介護支援事業所)

次のとおり報告します。

被保険者番号		利用者氏名	
--------	--	-------	--

課 題 領 域		サービス開始時 (/)	3ヶ月後 (/)
心身機能			
A D L	☐ 立位 ☐ 歩行 ☐ 着脱 ☐ 入浴 ☐ その他 ()		
I A D L	☐ 炊事 ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ゴミ出し ☐ 買い物 ☐ 金銭管理 ☐ その他 ()		
その他			
目標の達成度	☐ 達成 ☐ 未達成	理由等	
サービスの継続の必要性	☐ 必要 ☐ 不要		

総合的評価	☐ 改善	理由等	★生活機能が改善した内容等について御記入ください。
	☐ 維持		
	☐ 悪化		

事業所名

計画作成者

()

短期集中予防支援訪問サービス実施報告書

記入例

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日:

年 月 日

(居宅介護支援事業所)

次のとおり報告します。

《留意点》

計画期間中にサービスの利用を中止した場合は、中止に至った理由を記載し、利用時の状況や経過等から評価を行う。

被保険者番号		利用者氏名	
--------	--	-------	--

課 題 領 域		サービス開始時 (/)	3ヶ月後 (/)
心身機能			
A D L	☐ 立位 ☐ 歩行 ☐ 着脱 ☐ 入浴 ☐ その他 ()		
I A D L	☐ 炊事 ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ゴミ出し ☐ 買い物 ☐ 金銭管理 ☐ その他 ()		
その他			
目標の達成度	☐ 達成 ☐ 未達成	【ポイント1】 対象者の体力や生活状況を踏まえ、「目標の達成度」や「サービス継続の必要性」の評価を行い、その理由を具体的に記載する。	
サービス継続の必要性	☐ 必要 ☐ 不要		
	理由等		

総合的評価	☐ 改善	理由等	★生活機能が改善した内容等について御記入ください。 【ポイント2】 ・ 対象者の主観的健康観の変化や日常生活動作の改善状況等を踏まえて評価を行う。
	☐ 維持		
	☐ 悪化		

事業所名

計画作成者

()

短期集中予防支援訪問サービス実施報告書

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日：

年 月 日

(

居宅介護支援事業所)

次のとおり報告します。

被保険者番号		利用者氏名	
--------	--	-------	--

課 題 領 域		サービス開始時 (/)	3ヶ月後 (/)
心身機能			
□ 腔 機 能	☐ 咀嚼 ☐ 嚥下 ☐ その他 ()		
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン	☐ 構音 ☐ 発声 ☐ 失語 ☐ その他 ()		
その他			
目標の達成度	☐ 達成 ☐ 未達成	理由等	
サービスの継続の必要性	☐ 必要 ☐ 不要		

総合的評価	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化	理由等	★生活機能が改善した内容等について御記入ください。
-------	---	-----	---------------------------

事業所名

計画作成者

(ST)

短期集中予防支援訪問サービス実施報告書

記入例

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日:

年 月 日

(居宅介護支援事業所)

次のとおり報告します。

＜留意点＞

計画期間中にサービスの利用を中止した場合は、中止に至った理由を記載し、利用時の状況や経過等から評価を行う。

被保険者番号		利用者氏名	
--------	--	-------	--

課 題 領 域		サービス開始時 (/)	3ヶ月後 (/)
心身機能			
□ 腔 機 能	☐ 咀嚼 ☐ 嚥下 ☐ その他 ()		
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン	☐ 構音 ☐ 発声 ☐ 失語 ☐ その他 ()		
その他			
目標の達成度	☐ 達成 ☐ 未達成	理由等	【ポイント1】 対象者の体力や生活状況を踏まえ、「目標の達成度」や「サービス継続の必要性」の評価を行い、その理由を具体的に記載する。
サービス継続の必要性	☐ 必要 ☐ 不要		
総合的評価	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化	理由等	★生活機能が改善した内容等について御記入ください。 【ポイント2】 ・ 対象者の主観的健康観の変化や日常生活動作の改善状況等を踏まえて評価を行う。

事業所名

計画作成者

(ST)

短期集中予防支援訪問サービス実施報告書

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日：

年 月 日

(

居宅介護支援事業所)

次のとおり報告します。

被保険者番号		利用者氏名	
--------	--	-------	--

課 題 領 域		サービス開始時 (/)	3ヶ月後 (/)
心身機能			
I A D L	☐ 炊事 ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ゴミ出し ☐ 買い物 ☐ 金銭管理 ☐ その他 ()		
栄養改善	体重・BMI	体重 kg (BMI:)	体重 kg (BMI:)
	体重減少率・変化		
	食事摂取状況		
その他			
目標の達成度	☐ 達成 ☐ 未達成	理由等	
サービスの継続の必要性	☐ 必要 ☐ 不要		

総合的評価	☐ 改善	理由等	★生活機能が改善した内容等について御記入ください。
	☐ 維持		
	☐ 悪化		

事業所名

計画作成者

(栄養士)

短期集中予防支援訪問サービス実施報告書

記入例

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日:

年 月 日

(

居宅介護支援事業所)

次のとおり報告します。

《留意点》

計画期間中にサービスの利用を中止した場合は、中止に至った理由を記載し、利用時の状況や経過等から評価を行う。

被保険者番号		利用者氏名	
--------	--	-------	--

課 題 領 域		サービス開始時 (/)	3ヶ月後 (/)
心身機能			
IADL	☐ 炊事 ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ゴミ出し ☐ 買い物 ☐ 金銭管理 ☐ その他 ()		
栄養改善	体重・BMI	体重 kg (BMI:)	体重 kg (BMI:)
	体重減少率・変化		
	食事摂取状況		
その他			
目標の達成度	☐ 達成 ☐ 未達成	理由等	【ポイント1】 対象者の体力や生活状況を踏まえ、「目標の達成度」や「サービス継続の必要性」の評価を行い、その理由を具体的に記載する。
サービスの継続の必要性	☐ 必要 ☐ 不要		

総合的評価	☐ 改善	理由等	★生活機能が改善した内容等について御記入ください。
	☐ 維持		【ポイント2】 ・ 対象者の主観的健康観の変化や日常生活動作の改善状況等を踏まえて評価を行う。
	☐ 悪化		

事業所名

計画作成者

(栄養士)

様式5(短期集中予防支援訪問サービス)

年 月 日

所在地

名 称

代表者 職名

氏名

短期集中予防支援訪問サービス実績報告書(年 月分)

短期集中予防支援訪問サービス業務の実績報告については次のとおりです。

事業所名 ()

1 当月実利用人員 人

2 委 託 料 円

(内訳)

職 種	実施時間	委託単価 (A)	実利用者数 (B)	延利用者数 (C)	合計 (A×C)
理学療法士	30分	5,310 円	人	人	円
	60分	10,620 円	人	人	円
作業療法士	30分	5,310 円	人	人	円
	60分	10,620 円	人	人	円
言語聴覚士	30分	5,310 円	人	人	円
	60分	10,620 円	人	人	円
管理栄養士	30分	5,130 円	人	人	円
	60分	10,260 円	人	人	円
合 計					円

様式5(短期集中予防支援訪問サービス)

記入例

4月～2月分は翌月10日までの日付、3月分は3月31日(休日でも可)を記入

年 月 日

所在地

毎月の実績報告を委任している場合は委任状の受任者名で、委任していない場合は法人の代表者名で報告してください。

名 称

代表者 職名

氏名

短期集中予防支援訪問サービス実績報告書(年 月分)

毎月記入

短期集中予防支援訪問サービス業務の実績報告については次のとおりです。

事業所名を記入

事業所名 ()

1 当月実利用人員 人

登録者のうち当月利用した人数(頭数)
※注 延べ利用人数ではありません。

2 委 託 料 円

委託料の明細を記入

(内訳)

職 種	実施時間	委託単価 (A)	実利用者数 (B)	延利用者数 (C)	合計 (A×C)
理学療法士	30分	5,310 円	人	人	円
	60分	10,620 円	人	人	円
作業療法士	30分	5,310 円	人	人	円
	60分	10,620 円	人	人	円
言語聴覚士	30分	5,310 円	人	人	円
	60分	10,620 円	人	人	円
管理栄養士	30分	5,130 円	人	人	円
	60分	10,260 円	人	人	円
合 計					円

短期集中予防支援訪問サービス利用状況(利用明細)

(年 月分)

事業所名

被保険者番号		☐ 事業対象者 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2
氏 名		
生年月日	明・大・昭	・ ・ 生
担当地域包括支援センター	地域包括支援センター (委託先 : 居宅介護支援事業所)	

《利用開始日》

年 月 日

《参考:利用可能な期間》

年 月 日 まで

※利用期間は3か月間(利用開始日の
3か月後の応当日の前日まで)です。

《利用状況》

実施日	時 間	利用回数	利用者 署名	訪問者	
				職種	氏名
／ ()	時 分 ～ 時 分	回目			
／ ()	時 分 ～ 時 分	回目			
／ ()	時 分 ～ 時 分	回目			

《利用者負担》 いずれか該当するほうに○をつけてください。

1割 ・ 無

【注意事項】

様式6の原本は地域包括ケア推進課へ翌月10日までに提出してください。
また、様式6の写しを担当ケアマネジャーへ翌月5日までに提出してください。

記入例

短期集中予防支援訪問サービス利用状況(利用明細)
(2021年 4月分)

ひと月分の利用状況について記載してください。

業所名 訪問看護ステーション△△

利用者の該当する区分に■又は□を記入してください。

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	■事業対象者 □要支援1 □要支援2
氏 名	国泰寺	利用者の担当する圏域の地域包括支援センター名を記入してください。
生年月日		
担当地域包括支援センター	地域包括支援センター	利用期間を記入し、3か月を超えて利用することがないようにしてください。
(委託先:		所)

《利用開始日》

2021 年 4 月 10 日

《参考:利用可能な期間》

2021 年 7 月 9 日 まで

※利用期間は3か月間(利用開始日の3か月後の応当日の**前日まで**)です。

《利用状況》

利用開始日からの利用回数を記入してください。

実施日	時 間	利用回数	利用者署名	訪問者	
				職種	氏名
/ ()	時 分 ~ 時 分	回目	国泰寺		
/ ()	時 分 ~ 時 分				
/ ()	時 分 ~ 時 分	回目			

サービス実施日に利用者の署名をもらってください。(押印も可)

サービスを提供した職種・氏名を記入してください。

《利用者負担》 いずれか該当するほうに○をつけてください。

1割

・ 無

該当するほうに○をつけてください。

【注意事項】

様式6の原本は地域包括ケア推進課へ翌月10日までに提出してください。
また、様式6の写しを担当ケアマネジャーへ翌月5日までに提出してください。

【報告日】 年 月 日

短期集中型サービス 事故発生連絡票

サービス名	☐ 予防支援訪問サービス		☐ 運動型デイサービス	
事業所	法人名			
	事業所名			
	事業所所在地			
	電話・FAX	(電話)	-	(FAX) -
	担当者名			
利用者	氏名			
	被保険者番号			
	生年月日（年齢）	年	月	日（ 歳）
事故の概要	発生日時	年	月	日（ ） 時 分
	事故内容・状況(※)			
	原因			
関係機関への連絡	緊急連絡先への連絡	（ 年 月 日（ ） 時 分 続柄[]）に連絡		
	地域包括支援センターへの連絡	（ 年 月 日（ ） 時 分 ）に連絡		
	病院、警察等への連絡	（ 年 月 日（ ） 時 分 ）に連絡		
対応	家族等からの苦情など	☐ 有（対応中） ☐ 有（解決済） ☐ 無 []		
	賠償の有無	☐ 有 ☐ 検討中 ☐ 無		
	再発防止のための対策			
備考				

(※) 枠内に収まらない場合は、別紙を添付しても可。

速やかに FAX で提出すること。提出先：広島市健康福祉局地域包括ケア推進課（504-2136）

●参考資料●

- 介護予防マニュアル改訂版（平成24年3月）
【厚生労働省】
- 広島県介護予防実践マニュアル（平成25年3月）
【広島県健康福祉局介護保険課】
- 自立支援のための短期集中予防サービス実践
トレーニングマニュアル（平成31年3月）
【広島県】

広島市短期集中型サービス実施事務マニュアル
（短期集中予防支援訪問サービス）

広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課

〒730-8586

広島市中区国泰寺町一丁目6番34号

TEL 082-504-2648 FAX 082-504-2136