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5年11月更新

目　次

１．相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ
２．介護予防ケアマネジメントの類型等について
３．介護予防ケアマネジメント費の請求について
４．介護予防ケアマネジメントに係る帳票・記入例等
５．よくある質問

1　相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

【利用の流れ】

相談（聞き取りと説明）【実施：区地域支えあい課・地域包括支援センター】

1　意向や希望するサービスの聞き取りを行う。
2　総合事業の目的や内容、手続きについて十分な説明をする。
3　本人の状態や意向、希望するサービスを確認する。
※　**要介護認定が必要な場合は、要介護認定申請につなぐ。**

認定 → **要支援１・２**

基本チェックリストの実施【実施：区地域支えあい課・地域包括支援センター】

該当 → **事業対象者**

・質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらう。

地域包括支援センターによる代行申請可

介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出【届出先：区地域支えあい課】

・**サービスの利用は、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の届出日以降において可能となる。**

被保険者証の発行【実施：区地域支えあい課】

介護予防ケアマネジメント【実施：地域包括支援センター】

予防給付による
サービスの利用

【使用する帳票等】

「総合事業パンフレット」
（広島市作成）

※必要に応じて使用
「介護予防・日常生活支援総合事業　対象者窓口確認票」
（p.19参照）

「基本チェックリスト」
（p.20~21参照）

「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」
（p.22参照）

事業対象者のサービス利用までの基本的な流れ

受付： 区地域支えあい課

基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄによる判定→該当

利用申込受付

基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ結果入力

依頼届出書入力

事業対象者決定処理

被保険者証
(区分:事業対象者)
包括名称印字あり

負担割合証

※該当年度の負担割合証が発行済の場合は不要

利用者

※どちらかに申込

※システムで入力した基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ情報はオンラインで共有化

基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ結果

介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ依頼届出書

被保険者証

受付： 地域包括支援センター

基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄによる判定→該当

利用申込受付

基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ結果入力

包括が代行申請

介護予防ケアマネジメントの実施

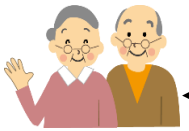
アセスメント

介護予防ケアマネジメント支援
（必要に応じて）

ケアプラン原案

サービス担当者会議

ケアプラン（確定版）



訪問による面接

※担当包括を伝え、面接の日時等を連絡

被保険者証
(区分:事業対象者)
包括名称印字あり

負担割合証

総合事業サービス利用開始

事業対象者の介護保険被保険者証の記載

被保険者証（２面）

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」と記載した証が発行される。

（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）	令和5　年　5月　1日
認定の有効期間	年　月　日から 年　月　日まで
居宅サービス等	区分支給限度基準額 年　月　日から 年　月　日まで 1月当たり
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	

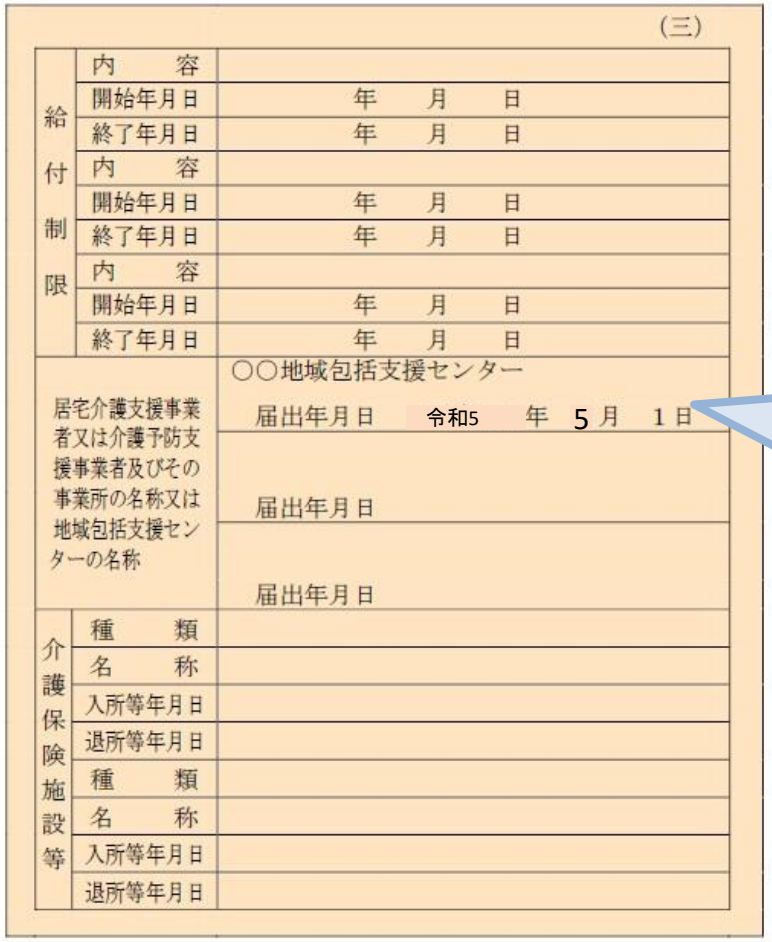
「要介護状態区分等」欄に「事業対象者」と記載

「認定年月日」の欄には、
基本チェックリスト実施日を記載

「認定の有効期間」の記載なし

被保険者証（３面）

サービスの利用は、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。



(三)

給付制限	内　　容	
	開始年月日	年　月　日
	終了年月日	年　月　日
	内　　容	
	開始年月日	年　月　日
	終了年月日	年　月　日
	内　　容	
	開始年月日	年　月　日
	終了年月日	年　月　日
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	○○地域包括支援センター	
	届出年月日	令和5　年　5 月　1 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	

担当の地域包括支援センター及び
届出年月日を記載

2．介護予防ケアマネジメントの類型等について

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）」に分類される。
・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る。
・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る。

<table>
<tr><th rowspan="2">区　分</th><th colspan="2">要支援１・２認定者</th><th rowspan="2">事業対象者
（基本チェックリスト該当者）</th></tr>
<tr><th>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）</th><th>総合事業のサービスのみの利用</th></tr>
<tr><td rowspan="2">事　業</td><td>介護予防給付</td><td colspan="2">地域支援事業</td></tr>
<tr><td>指定介護予防支援事業</td><td>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）</td><td>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）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">財　源</td><td>介護予防支援費</td><td colspan="2">介護予防ケアマネジメント費</td></tr>
<tr><td>介護報酬</td><td colspan="2">委託料</td></tr>
<tr><td>請求先</td><td colspan="3">国保連合会</td></tr>
</table>

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類型に分かれる。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る。

類型の異なる複数の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する。

<table>
<tr><th>区分</th><th>ケアマネジメントA
（介護予防支援と同様のケアマネジメント）</th><th>ケアマネジメントB
（簡略化したケアマネジメント）</th><th>ケアマネジメントC
（初回のみのケアマネジメント）</th></tr>
<tr><td>対象サービス</td><td>・訪問介護サービス
・１日型デイサービス
・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</td><td>・生活援助特化型訪問サービス
・短時間型デイサービス</td><td>・住民主体型生活支援訪問型サービス
・一般介護予防事業　（※2）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">実施内容</td><td colspan="2">アセスメントを行い、ケアプランを作成する。併せて対象サービス事業所等との利用調整を実施</td><td rowspan="2">アセスメントを行い、対象サービスの利用調整を実施
※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、実施団体等が地域包括支援センターに連絡</td></tr>
<tr><td>1か月に1回モニタリング
（面接は3か月に1回）</td><td>1か月に1回モニタリング
（面接は3か月目及び終了時に必須）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">委託料</td><td>月438単位
（4,686円）</td><td>月438単位
（4,686円）</td><td rowspan="2">月738単位
（7,896円）</td></tr>
<tr><td>初回加算300単位（3,210円）（※1）</td><td>初回加算300単位（3,210円）（※1）</td></tr>
</table>

※1　委託連携加算（ケアマネジメントCを除く。）　300単位（3,210円）
利用者１人につき指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定する。

※2　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。

地域支援事業による介護予防ケアマネジメントの流れと使用する帳票

介護予防ケアマネジメントA･B

介護予防ケアマネジメントC

アセスメント（課題分析）〔帳票①②〕

事業対象者： 必要に応じ**「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」**発行

ケアマネジメント結果票作成〔帳票⑤〕

ケアプラン原案作成〔帳票③〕

サービス担当者会議〔帳票④〕

利用者への説明・同意

ケアプラン確定・交付〔帳票③〕

サービス利用開始

モニタリング（給付管理）

評価〔帳票⑥〕

【使用する帳票】

①「利用者基本情報」（p.23参照）

②「広島市版アセスメントシート」（p.24~25参照）

※必要に応じて「興味・関心チェックシート」を活用する。（p.26参照）

③「介護予防サービス・支援計画書」（p.27参照）

④「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）」（ p.28参照）

※介護予防ケアマネジメントの全ての経過を記録する。

⑤「ケアマネジメント結果票」（p.29参照）

⑥「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」（p.32参照）

地域支援事業による介護予防ケアマネジメントの類型別内容及び実施時期

サービス提供期間12か月の場合

区分	内容		開始月	2月目(翌月)	3月目	4月目(3月後)	5月目	6月目	7月目(6月後)	8月目	9月目	10月目(9月後)	11月目	12月目	13月目(12月後)
ケアマネジメントA	ケアプラン作成	サービス担当者会議	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○
		モニタリング	—	○	○	◎面接	○	○	◎面接	○	○	◎面接	○	○	◎面接
ケアマネジメントB		サービス担当者会議	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○
		モニタリング	ー	○	○	◎面接	○	○	○	○	○	○	○	○	◎面接
ケアマネジメントC	ケアプラン不要・ケアマネジメント結果票作成	サービス担当者会議	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
		モニタリング	—	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

介護予防ケアマネジメントの実施にあたって

○　実施主体について（指定居宅介護支援事業所への委託）

・　事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが実施する。

・　要支援認定者に対する介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが実施することが基本であるが、業務体制等を考慮し、指定居宅介護支援事業所に委託することができる。

○　利用者との契約について

・　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となる。

・　ケアマネジメントＣは利用者との契約は不要。

○　事業対象者の機能訓練参加に係る医師の可否判定について

・　事業対象者が、介護予防・生活支援サービスの機能訓練に参加するに当たり、循環器疾患等があり医師による参加の可否判定が必要な場合は、「※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」（P33）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る。

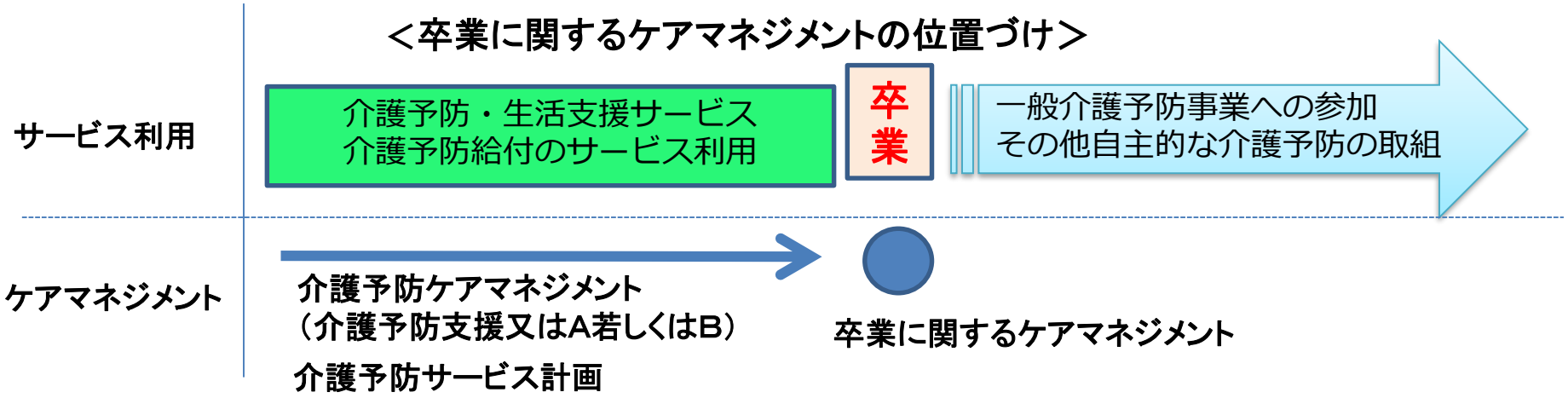
（※地域包括ケア推進課にて発行）

卒業に関するケアマネジメント

介護保険法（平成9年法律第123号。）第8条の2第16項に規定する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介護予防・生活支援サービス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（※1）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場合。ただし、**当該取組が3か月以上継続（※2）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は実施することはできない。

（広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱）

区分	費用
委託料	738単位（7,896円）



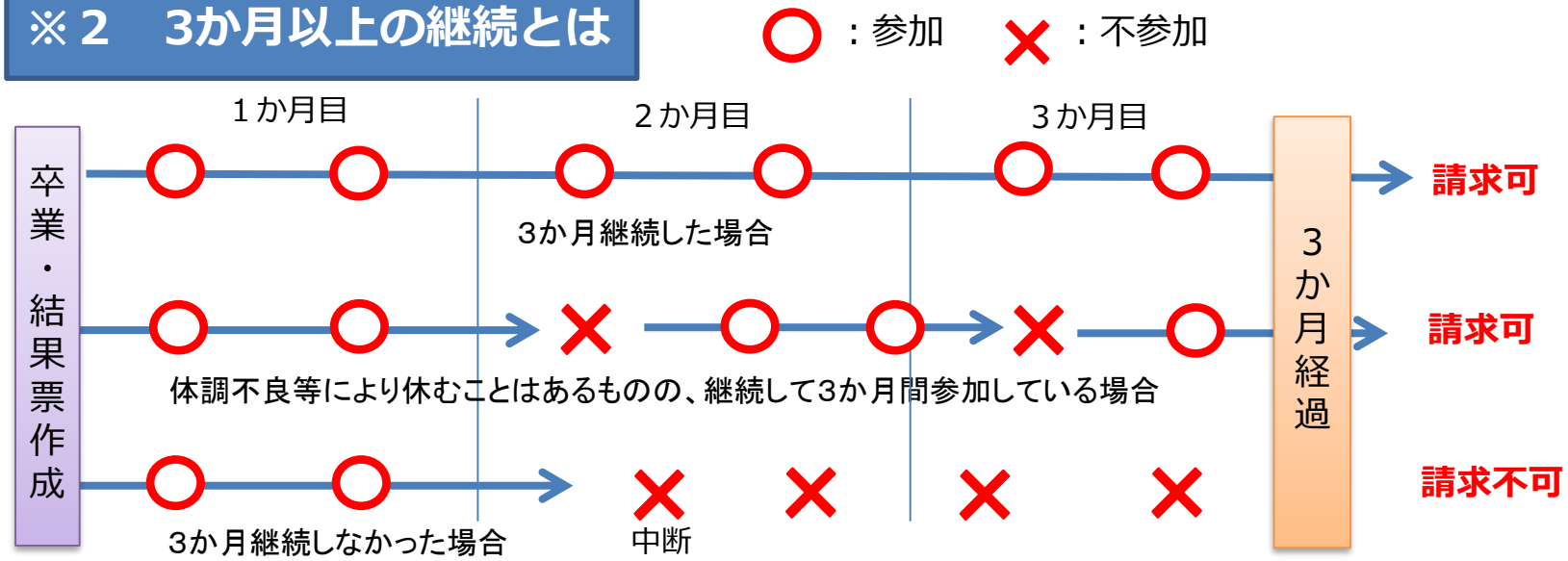
※１　自主的な介護予防の取組とは

介護予防ケアマネジメントの目標に即した取組であり、以下の全ての項目に該当する場合をいう。

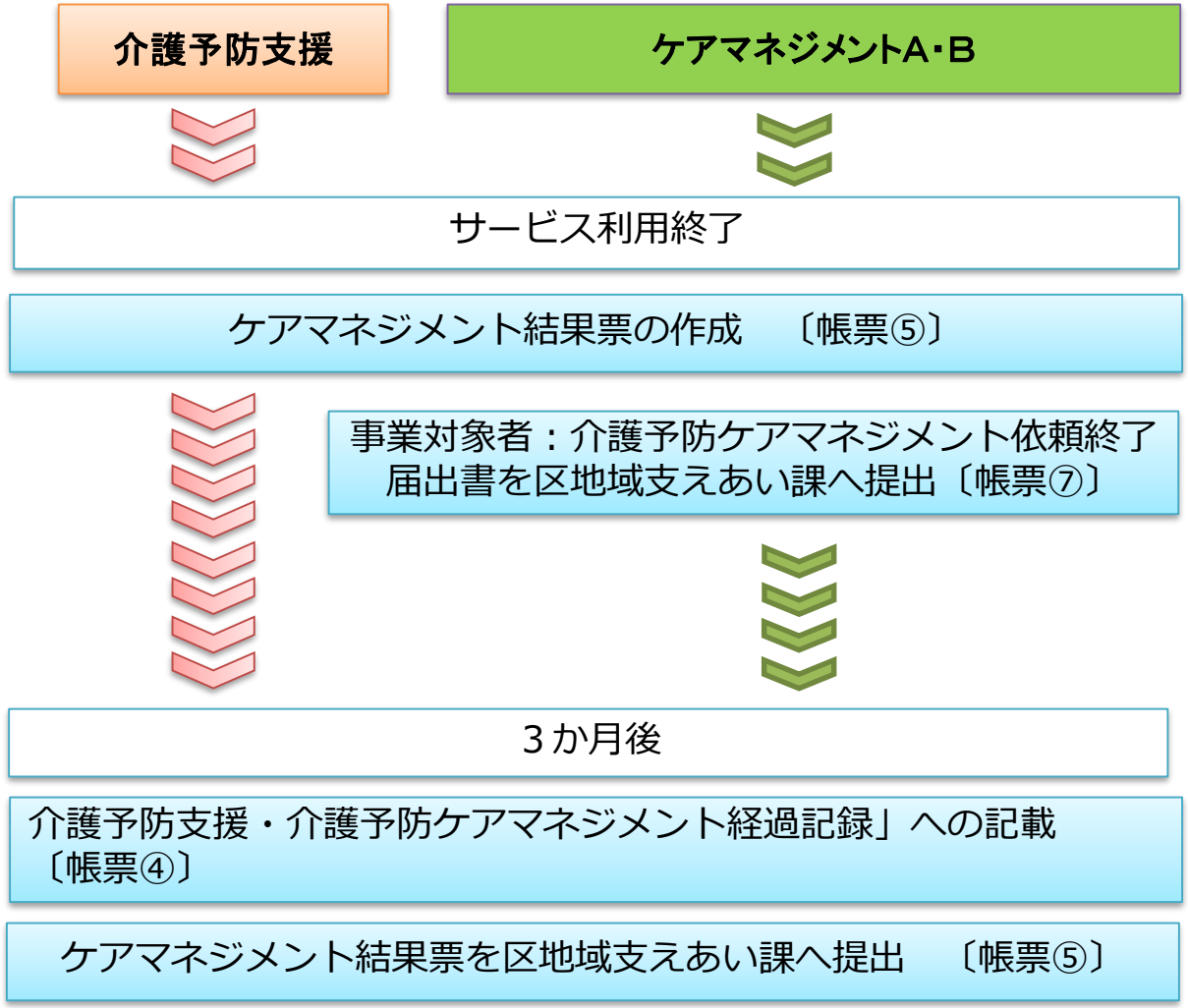
① 認知機能や運動機能の維持改善に資する取組であること
② 他者（家族以外の人）と交流があること
③ おおむね週1回以上取り組んでいること

【補足】
ケアマネジメント結果票への記入内容が不足しているケースが多くありますので、上の①～③について必ず記入してください。
自主的な介護予防の取組について、3か月以上の継続を確認した後は、「取組の内容」や「取組の頻度」等について、必ず支援経過記録に記入してください。

※２　3か月以上の継続とは



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】

⑤「ケアマネジメント結果票（P29）
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。

⑦「介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書」（P34）

④「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」（P28）
一般介護予防事業や自主的な介護予防への取組が３か月以上継続したことを確認し、記載する。

⑤「ケアマネジメント結果票（P29）

3．介護予防ケアマネジメント費の請求について

介護予防ケアマネジメント費の請求に関する使用帳票等について

介護予防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、請求すること。

帳　票	ケアマネジメントA・B	ケアマネジメントC	卒業に関するケアマネジメント
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経過記録	○	－	自主的な介護予防の取組について、３か月以上の継続を確認し、記録
⑥ ケアマネジメント結果票	－	○	○ (サービス利用終了と同時期に作成)
⑦ 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	○	－	－
請求のタイミングとサービス提供年月	サービス提供に準じて請求	サービス提供の開始月で請求	自主的な介護予防の取組の継続を確認後「サービス利用終了月の翌月分」として請求

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。

ケアマネジメントＣについて

«参考» 国保連への請求について

　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）が開始した月で請求してください。（通常のプランと同様です。）

卒業に関するケアマネジメントについて

指定居宅介護支援事業所に委託しているケース

　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３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下さい。

　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、上の確認を提出前に受けて下さい。

«参考» 国保連への請求について

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４か月後）に、**「サービス利用終了月の翌月分」**として国保連へ請求（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。。

卒業に関するケアマネジメント費請求に係る流れ

★ 6月末で生活機能が改善し、介護予防・生活支援サービス等のサービスを卒業した場合

			5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	資格・請求方法
事業対象者	サービス利用・介護予防ケアマネジメント実施		サービス利用 →		卒業		請求 ▼	介護予防ケアマネジメント結果票		・事業対象者の資格は、サービス利用終了月の末日とする。 ・利用者が自主的な介護予防の取組に移行し、3か月間継続したことを確認した月(10月)に卒業した翌月(7月)分で卒業に関するケアマネジメント費を国保連に請求する。
	資格(事業対象者)		事業対象者 →	◎	介護予防ケアマネジメント終了届提出 ※					
	介護予防ケアマネジメント費の支払		●	●	● 卒業に関するケアマネジメント費	←				
要支援認定者	卒業月以降も要支援認定がある者	サービス利用・介護予防ケアマネジメント実施	サービス利用 →		卒業		請求 ▼	介護予防ケアマネジメント結果票		同上
		資格(要支援認定)		要支援認定 →						
		介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の支払	●	●	● 卒業に関するケアマネジメント費	←				
	卒業月に要支援認定が切れる者	サービス利用・介護予防ケアマネジメント実施	サービス利用 →		卒業		請求 ▼	介護予防ケアマネジメント結果票		要支援認定が切れた翌月1・2日はみなし事業対象者として登録を行い、請求は事業対象者の流れと同様とする。
		資格(要支援認定)	要支援認定 →		↔ (みなし)事業対象者 1・2日					
		介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の支払	●	●	● 卒業に関するケアマネジメント費	←				

※既に介護予防ケアマネジメントの終了日を入力した者で介護予防ケアマネジメント結果票(卒業)の提出があった場合は、介護予防ケアマネジメントの終了日を翌月2日に変更する。

４．介護予防ケアマネジメントに係る帳票・記入例等

介護予防・日常生活支援総合事業　対象者窓口確認票

(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	大きな病気やけがのため、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。 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〇) 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】

			確認者印
「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。	□	
「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。

- 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当かどうか判断するため、必要に応じて使用する。**
  （本人が記入するものではない。）
- 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ぐ。

【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

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ぐ

基本チェックリスト（表面）

被保険者番号 | | | | | | | | | | |

受付者 ・包括 ・区役所

住所：　　電話：　　－　　－

氏名：　　（　　年　　月　　日生）　　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	/20
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らずに昇っていますか	0 はい	1 いいえ	/5
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	
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	/2
12	身長　　ｃｍ　体重　　ｋｇ（ＢＭＩ＝　　）（注）			
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言われますか	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	/5
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）以前は楽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。

社会生活	運動	低栄養	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

・質問の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらう。

【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

基本チェックリスト（裏面）

（基本チェックリスト裏面）

状況調査について

〇記入上の注意点

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		□　希望日時は特にない □　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		

〇受付機関のメモ欄

・来所経緯、相談内容等

- 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する。
- 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する。

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	個人番号
住所 〒	生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日
	電話番号 （　　）　　－
※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	
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	
事業者（法人）名	介護予防支援事業所・地域包括支援センターの所在地 〒
介護予防支援事業所・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 （※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）	
居宅介護支援事業者名	居宅介護支援事業所の所在地 〒
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　　□ 届出の重複
受付印	入力 ／

開始年月日・変更年月日の記載について

■ 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する。
※事業対象者の場合、この欄に記載する日から、サービス利用ができる。提出日以降の日付を記載する。

■ 変更の場合

・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変更する日を記載する。

利用者基本情報

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（　　）				
フリガナ 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	家族構成 ○本人、○女性、○男性 ■■人同じ、○サーバーソン 年齢欄に「年」 勤務欄に「勤」 （同居家族は○で囲む）
住所（連絡先）					
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		
					家族関係等の状況

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。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　印

広島市版アセスメントシート（左半分）

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

	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
身体状況		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　□　回/週　□ ほとんどとらない　□ その他（　）			
	牛乳・乳製品をとっていますか	□　回/日　□　回/週　□ ほとんどとらない　□ その他（　）			
	野菜をとっていますか	□　回/日　□　回/週　□ ほとんどとらない　□ その他（　）			
	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（上顎・下顎）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／　日・週・月】　□ 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	
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 □ 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（　）		

〔使用する対象者〕

・要支援１・２認定者及び事業対象者全数
　※予防給付のみを利用する者も含む。
・※ケアマネジメントＣ対象者も含む。

〔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する。

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

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（ ）

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（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

★家族の思い、希望や意向

★支援方針 （優先度の高い順に箇条書き）

健康状態やＩＡＤＬ、ＡＤＬ等の情報を把握した上で、生活機能低下を来している要因を分析し、支援方針を立てる。

・生活機能の低下を起こしている背景・要因について、個人因子・環境因子を箇条書きで記載する。

・課題分析や利用者や家族の意向を踏まえ、支援方針を優先順位の高い内容から順に箇条書きで記載する。

興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシート

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：＿＿＿歳　性別（男・女）記入日：H＿＿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）

必要に応じて使用する。

介護予防サービス・支援計画書

介護予防サービス・支援計画書

NO.

利用者名　　様　　認定年月日　　年　月　日　　認定の有効期間　年　月　日～　年　月　日

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業

計画作成者氏名　　委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日　年　月　日（初回作成日　年　月　日）　　担当地域包括支援センター：

目標とする生活

1日		1年	

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		□有　□無					（　）					
栄養状態（摂食状態）について		□有　□無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有　□無					（　）					
健康管理について		□有　□無					（　）					

健康状態について
□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援ができない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

過去チェックリストの（該当した質問項数）／（質問項数）を記載ください。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの利用の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業						

地域包括支援センター	【署名】
	【確認日】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年　月　日　氏名　　㊞

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）

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　計画作成者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

ケアマネジメント結果票

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　　ケアマネジメント担当者

（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説明

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記を入れてください。

□ 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、該当項目に記を入れてください。

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

ケアマネジメントの結果（生活の目標や今後の取組）を利用者に説明し、同意を得る。

※指定居宅介護支援事業所に委託しているケース

指定居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーが記載する。

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　　ケアマネジメント担当者

（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説明

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記を入れてください。

□ 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、該当項目に記を入れてください。

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

ケアマネジメントの結果、本人が住民主体型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する。
«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、〇〇にお願いしたい。

生活の目標を記載する。
«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。

自立に向けて本人が取り組むことを記載する。
«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。

住民主体型サービスを利用する際に主に記載する。
«記載例»
・ 〇月から（住民主体型サービス）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。

署名・捺印をもらう。

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

○ 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

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する。
≪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。

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、その目標を記載する。

「自分が取り組むこと」の欄には、目標にむけて具体的に本人が取り組むことを記載する。
「支援してもらうこと」の欄には、地域包括支援センター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」を記載する。

≪記載例≫
・（本人）地域介護予防拠点〇〇に継続して参加する。
・（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。

本人に助言・指導を行った日を記入。
本人の署名・捺印は不要。

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

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　評価日

利用者名　　殿　　計画作成者氏名

目標	評価期間	目標体制状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 （本人・家族の意見）	目標達成しない原因 （計画作成者の評価）	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見		
		□ プラン継続 □ プラン変更 □ 終了	□ 介護給付 □ 予防給付 □ 介護予防・生活支援サービス事業 □ 一般介護予防事業 □ 終了

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

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		受診券番号	
フリガナ		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、所見を例記入ください。）。

心電図	□実施	所見（有・無）
	□未実施	

※ 検査委託料については、「医療機関控」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。
機能訓練の参加に関しての留意点等
（　　）

□ 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る。

«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、依頼する。

■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なし。

介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

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
フリガナ	
印 （※本人の自署の場合、押印は必要ありません。）	個人番号
住所　〒	生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日
	電話番号 （　　）　　－
※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ケアマネジメントを依頼していた場合は記入	
居住地　〒	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者 （※居宅介護支援事業者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）	
居宅介護支援事業者名	居宅介護支援事業所の所在地
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	□ 被保険者資格 □ 介護予防支援事業者事業所番号 地域包括支援センター番号 □ 届出の重複
受付印	入力 ／

（R2.4.1～）

事業対象者が、次のいずれかに該当する場合に提出する。
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。

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

【参考】契約書の雛型（地域包括支援センターと利用者）

■契約書

介護予防支援　・介護予防ケアマネジメント　契約書

○○○○○○　（利用者名　）（以下「甲」といいます。　）と○○○○○○　（指定介護予防支援事業者・地域包括支援センター設置者名　）（以下「乙」といいます。　）は、乙が甲に提供する　指定 介護予防支援　及び介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防支援等」といいます。）　について、次のとおり契約を締結します。

（契約の目的　）

第１条　乙は、介護保険法令の趣旨及びこの契約　書に従い、甲が可能な限りそ　の居宅において、その有する能力に応じて　自立 した生活を営む　ために 、甲の選択に基づいて必要　な介護サービス等が適切に利用できるよう　、介護予防サービス・支援計画を作成します。また、当該計画に基づいて、適切に　介護予防サービス　等 の提供が確保されるよう　サービス　事業者 及び 関連機関との連絡調整その他　の便宜 の提供を行　います。

（契約期間　）

第２条　この契約の期間は、　令和 ○○ 年○○ 月 ○○ 日から 令和 ○○年○○月○○日　までとします。

２　上記の契約期間の満了日の　７ 日前までに甲から契約終了の申出がないときは、この契約は有効期間の満了日の翌日から１年間自動更新　することとし、以後も同様とします　。

（介護予防サービス・支　援計画 の作成 ）

第３条　乙は、乙に　属する 担当職員を別紙のとおり担当者として指定し、　介護予防サービス・支援計画　の作成に関する業務を担当させるものとします。

２　担当者は、　介護予防サービス・支援計画　の作成にあたり、次の各号に定める事項を遵守します。

(1)　当該地域における指定　介護 予防サービス　事業者 、指定介護予防地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者その他の者（以下「指定介護予防サービス事業者等」といいます。）　に関するサービスの内容、利用　料 等の情報を　公平かつ適正に甲又はその家族　に対して提供し、甲にサービスの選択を求めるものとします。

(2)　甲について、その生活機能　の状況 や健康状態、置かれている環境等を把握した上で、甲及び 甲の 家族の意欲　、意向を踏まえて、甲が現に抱えている問題点を明らかにするとともに、介護予防　サービス等　の効果を最大限に発揮し、甲が　自立 した日常生活を営む　ことができるように支援す　べき 総合的な 課題を把握します。

(3)　前号の 課題 の 把握 にあたっては、甲の居宅を訪問し、甲及び　甲 の家族に面接して行います。

(4)　甲が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、甲及びその　家族の意向を踏まえた具体的な目標、その　目標 を達成するための支援の留意点、甲及び指定介護予防　サービス事業者 等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した　介護予防サービス・支援計画　の原案を作成します。

(5)　前号で作成した　介護予防サービス・支援計画　原案に 位置付けた　指定介護予防　サービス等について、保険給付　等 の対象となるかどうかを区分したうえで、サービスの種類、内容、利用料等について、甲から　文書 による同意を受けるものとします。

■重要事項説明書

介護予防支援　・介護予防ケアマネジメント　重要事項説明書

1　相談窓口
(1) 電話番号
(2)FAX　番号
(3) 担当者
(4) 受付時間

2　指定介護予防支援事業者　・地域包括支援センター設置者
(1) 法人名
(2) 所在地
(3) 電話 番号
(4) 代表者氏名

3　事業所の概要
(1) 事業所の種類　指定介護予防支援　事業 所・地域包括支援センター
(2) 事業所名称　広島市○○地域包括支援センター
（平成 ○○ 年○○ 月○○ 日広島 市長指定第　○○○○　号）
(3) 所在地
(4) 電話 番号
(5) 管理者氏 名
(6) 事業の 目的及び運営方針
※運営 規程 に掲げる事項の概要を記載

(7) 事業の 実施地域
○○圏域（○○、○○中学校区　（○○小学校区を除く。））

(8) 営業日及び　営業 時間

4　職員の体制

職　種	常　勤	非常勤	職　務　内　容
(1) 管理者	名	—	
(2) 保健師	名	名	
(3) 看護師	名	名	
(4) 主任介護支援専門員	名	名	
(5) 介護支援専門員	名	名	
(6) 社会福祉士	名	名	
(7)	名	名	

5　提供する　指定 介護予防支援　等の内容
指定 介護予 防支援 及び介護予防ケ　アマネジメント（以下「指定介護予防支援等」といいます。）は、利用者の介護予防に資するように行い、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービ

【参考】委託契約書の雛型（地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業所）

《参考例》

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託契約書

○○○○（指定介護予防支援事業者・地域包括支援センター設置者）（以下「甲」という。）と○○○○（指定居宅介護支援事業者）（以下「乙」という。）は、介護保険法（平成９年法律第１２３号。以下「法」という。）第５８条第１項に規定する指定介護予防支援及び法第１１５条の４５第１項第１号ニに規定する第１号介護予防支援事業において行う支援（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）に係る業務の委託に関して、次のとおり契約を締結し、信義に従い誠実にこれを履行するものとする。

（委託内容）

第１条　甲は、法第１１５条の２３第３項の規定に基づき指定介護予防支援業務の一部を、法第１１５条の４７第５項の規定により介護予防ケアマネジメントの業務の一部を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。

２　乙が行う指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防支援等」という。）業務の範囲は以下に定めるところによる。

⑴　介護予防サービス・支援計画作成のための生活機能低下の背景・原因及び課題等の分析（以下「アセスメント」という。）及びアセスメントのため必要な認定調査結果等の情報の収集

⑵　介護予防サービス・支援計画原案の作成

⑶　介護予防サービス・支援計画原案に係るサービス担当者会議の開催等による専門的意見の聴取

⑷　介護予防サービス・支援計画原案の同意取得

⑸　介護予防サービス・支援計画の交付

⑹　指定介護予防サービス事業者、指定介護予防地域密着型介護予防サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者その他の者（以下「指定介護予防サービス事業者等」という。）との連絡調整

⑺　介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握

⑻　介護予防サービス・支援計画の達成状況に関する評価

⑼　介護予防サービス・支援計画の変更に係る上記（１）から（５）に関する業務

⑽　要支援認定の申請に係る援助

⑾　地域包括支援センターその他関係機関と連絡調整

⑿　介護予防サービス・支援計画に定めた介護予防サービス等に係る給付管理

⒀　介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合の利用者の情報の提供や介護予防サービス等の利用に係る計画の作成等の協力

⒁　その他指定介護予防支援等に係る必要な便宜の供与

３　乙は、指定介護予防支援等に係る業務を行うにあたっては、広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱及び介護予防ケアマネジメント従事者研修に基づきその業務を適切に行うものとする。

（契約期間）

第２条　この契約の有効期間は、令和○○年○○月○○日から令和○○年○月○日までとする。但し、契約期間の満了の３０日前までに、甲乙双方から契約終了の申出がない場合には、この契約は有効期間の満了日の翌日から１年間自動更新することとし、以後毎年同様とする。

（委託料）

第３条　第１条の業務に係る１件当たりの委託料の月額は以下のとおりとする。なお、令和３年９月３０日までの間の委託料は、該当するそれぞれの区分の下段かっこ書きで定める金額によるものとする。

区　　分	委託料（税抜）（イ）	取引に係る消費税及び地方消費税の額（ロ）	委託料（税込）（イ＋ロ）
介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費	３，７４９円	３７５円	４，１２４円
	（３，７５７円）	（３７６円）	（４，１３３円）
初回加算あり（※１）	６，３１７円	６３２円	６，９４９円
	（６，３２５円）	（６３３円）	（６，９５８円）
委託連携加算あり（※２）	６，３１７円	６３２円	６，９４９円
	（６，３２５円）	（６３３円）	（６，９５８円）
初回加算及び委託連携加算あり　（※3）	８，８８５円	８８８円	９，７７３円
	（８，８９３円）	（８９０円）	（９，７８３円）
卒業に関するケアマネジメント（※4）	６，６６８円	６６６円	７，３３４円
	（６，６７５円）	（６６８円）	（７，３４３円）

（※１）指定介護予防支援に要する費用の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第１２９号。以下「算定基準」という。）別表のロに掲げる算定の基準を満たすとき並びに広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱別表の区分⑵又は⑹に掲げる額を算定するとき

（※２）算定基準別表のハに掲げる算定の基準を満たすとき並びに広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱別表の区分⑶又は⑺に掲げる額を算定するとき

（※３）算定基準別表のロ及びハに掲げる算定の基準を満たすとき並びに広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱別表の区分⑷又は⑻に掲げる額を算定するとき

（※４）広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱別表の区分⑽に掲げる額を算定するとき

（委託業務の実施者）

第４条　乙は、乙が運営する指定居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員であって、指定介護予防支援等業務に関する知識及び能力を有する者に受託業務を行わせるものとする。

２　この場合、乙が運営する指定居宅介護支援事業所は、平成１８年度以降に介護支援専門員実務研修を修了した介護支援専門員又は都道府県若しくは政令指定都市が実施する介護予防ケアマネジメント従事者研修を修了した介護支援専門員が所属する指定居宅介護支援事業所でなければならない。

（法令の遵守）

第５条　乙は、指定介護予防支援等業務を実施する介護支援専門員に、受託業務の範囲におい

（契約保証金）
第６条　契約保証金は、全額を免除する。

（権利義務譲渡等の制限）
第７条　乙は、本契約により生ずる一切の権利義務を第三者に譲渡し、若しくは継承させ又はその権利を担保に供してはならない。

（再委託の禁止）
第８条　乙は、受託業務の全部又は一部を第三者に再委託してはならない。

（報告の徴収）
第９条　甲は、必要があるときは、乙に対し、委託業務の実施状況について報告若しくは資料の提出を求め、又は必要な指示をすることができるものとする。

（秘密の保持）
第１０条　乙（介護予防サービス・支援計画の策定に従事する者を含む。）は、この契約による業務上知り得た個人情報その他の事項を正当な理由なく第三者に漏らしてはならない。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。
２　乙は、その使用する者に対し、在職中及び退職後においてもこの契約による業務上知り得た個人情報を第三者に漏らすことのないよう必要な措置を講じなければならない。

（報告書の提出及び審査）
第１１条　乙は、毎月の受託業務の実施状況を甲の定める期日までに文書により甲に報告しなければならない。
２　甲は、報告書を受理したときは、その内容を審査するものとする。
３　甲は、審査の結果、必要があると認めたときは、期日を定めて乙に介護予防サービス・支援計画の再策定をさせることができるものとする。この場合の再策定に要する費用は乙の負担とする。

（委託料の支払）
第１２条　乙は、毎月の業務終了後、甲の定める期日までに第３条により算定した委託料の支払請求書を甲に提出するものとする。
２　甲は、前項に基づき乙からの適正な請求書の受理後９０日以内に、甲の定める指定金融機関において、乙に対し委託料を支払うものとする。

（契約の解除）
第１３条　甲は、乙が次の各号の一に該当するときは、この契約を解除することができる。
⑴　乙がこの契約の条項に違反したとき
⑵　乙が契約の履行に関し、不正な行為があったとき
⑶　乙が正当な理由なく期限内に契約を履行する見込みがないと認められたとき
２　前項の規定によりこの契約が解除されたときは、乙は甲に対して異議の申立及び損害賠償請求をすることができない。
３　第１項の規定により、契約が解除されたときは、乙は契約が解除された日までに行った介護予防サービス・支援計画作成対象者に係る一切の書類を甲に提出しなければならない。
４　乙は、甲がこの契約に違反し、その違反により受託業務を実施することが不可能になったときは、この契約を解除することができる。

（協議）
第１４条　この契約に定める事項その他委託業務の実施に必要な事項について疑義が生じた場合は、甲、乙協議のうえ決定するものとする。

この契約の締結を証するため、本書２通を作成し、甲・乙記名押印のうえ、各その１通を保有するものとする。

令和○○年○○月○○日

甲（指定介護予防支援事業者・地域包括支援センター設置者）
所在地
法人名
代表者職氏名　　印

所在地
事業所名　　広島市○○地域包括支援センター
管理者氏名　　印

乙（指定居宅介護支援事業者）
所在地
法人名
代表者職氏名　　印

所在地
事業所名
管理者氏名　　印

５．よくある質問

■ ケアマネジメントＣについて

Ｑ（1）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型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738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。

■ 卒業に関するケアマネジメントについて

Q（2）サービス利用後に、仕事（就労）やボランティア活動につながった場合、「自主的な介護予防の取組」として取り扱ってもよいか。

A
- 利用者にとって、仕事やボランティア活動が社会参加の場となり、介護予防に資する活動と認められる場合、「自主的な介護予防の取組」として、卒業に関するケアマネジメントの対象となります。
- ただし、仕事（就労）やボランティア関係者以外との月1回以上の交流が含まれる活動を3か月以上継続している場合に限ります。（ボランティアの登録のみで、活動実績がない場合や、自宅内で一人で行う仕事は、卒業に関するケアマネジメント費を請求することはできません。）
- なお、第２号被保険者の場合は、「みなし事業対象者」として登録ができないため、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費は請求することができません。

Q（3）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る（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、対象となるか。）。

A

・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3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。

Q（4）「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介護予防・生活支援サービス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らないのか。

A

・住民主体型サービスのうち、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。