

支援1・事業対象者に係る 現行相当サービス利用に関する 検討会マニュアル



袋井市健康長寿課

内容

目的	1
参考	2
構成員	3
組織	3
役割	3
検討会の役割	3
医療・介護専門職の役割	4
検討会の機能と協議書提出の流れ	4
協議書提出及び最終決定の流れ	4
個人情報の取り扱いについて	6
介護予防サービス利用の目安	6
通所サービス	6
訪問サービス	6
検討会の流れ	7
グランドルール	7
約束ごと	7

検討会のシナリオ※シナリオは一例です。	7
---------------------------	---

会議終了後	8
-------------	---

参考様式	8
------------	---

参考資料	20
------------	----

目的

支援 1・事業対象者係る現行相当サービス利用に関する検討会（以下「検討会」という。）では、要支援 1・事業対象者が現行相当サービス※¹を利用する際に、介護予防や心身の状態維持の観点から利用が適切であるかを介護・医療専門職※²により検討をし、適正な介護予防サービス利用につなげるために開催するものである。

ポイント 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（令和 6 年 8 月 5 日改正／厚生労働省老健局長）

○訪問型サービス

従前相当サービスを利用する場合については、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービス・活動に移行していくことを検討することが重要である。

○通所型サービス

通所介護事業者の従事者による従前相当サービスについては、主に多様なサービス・活動の利用が難しいケース・不適切なケースや、専門職の指導を受けながら生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで生活機能の改善・維持が見込まれるケース等、通所介護事業者の従事者による専門的なサービスが必要と認められる場合に利用することが想定される。この場合、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービス・活動に移行していくことを検討することが重要である

※ 1 袋井市では令和 6 年 4 月 1 日より、「袋井市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（令和 6 年 3 月 29 日告示第 75 号）」の改定により、原則現行相当サービスの利用は、身体介護を必要とする要支援 2 の者とし、要支援 1・事業対象者が現行相当サービスを利用する際には「支援 1・事業対象者係る現行相当サービス利用の協議書（以下「協議書」という。）」の提出及びアセスメントが必要とした。

※ 2 主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、理学療法士等

参考 袋井市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（一部抜粋）

○袋井市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（令和6年3月29日告示第75号）一部抜粋

第1条～第4条 略

第5条 訪問介護相当サービスの利用対象者は、要支援2の認定を受けた者（法第13条第1項に規定する住所地特例対象施設のうち市内に所在する施設に入所又は入居をする同項に規定する住所地特例対象被保険者を含む。以下同じ。）であって、身体介護を含む当該介護予防訪問介護サービスの利用がなければ日常生活に明らかな支障を来すものとする。ただし、要支援1の認定を受けた者又は事業対象者であって、心身の状態等から同事業の利用の必要性が認められる場合は、対象とすることができる。

2 訪問型サービスAの利用対象者は、居宅要支援被保険者等であって、生活支援が必要なものとする。

3 通所介護相当サービスの利用対象者は、要支援2の認定を受けたものであって、身体介護を含む当該介護予防通所介護サービスの利用により生活機能の向上、維持及び改善が見込まれるものとする。ただし、要支援1の認定を受けた者又は事業対象者であって、心身の状態等から同事業の利用の必要性が認められる場合は、対象とすることができる。

4 通所型サービスAの利用対象者は、居宅要支援被保険者等であって、介護予防のため、運動又は交流の場が必要なものとする。

5 訪問型サービスC及び通所型サービスCの利用対象者は、居宅要支援者等であって、サービス終了後は自立した生活を送ることが見込まれるものとする。

6 訪問型サービスB及び通所型サービスBの利用対象者は、居宅要支援者等であって、生活支援若しくは介護予防のため運動又は交流の場が必要なものとする。

7 一般介護予防事業の利用対象者は、65歳以上の者とする。

8 介護予防ケアマネジメント事業の利用対象者は、次の各号のいずれの要件にも該当する者とする。

（1）市の介護保険に係る居宅要支援被保険者等（法第58条第1項の規定による介護予防サービス計画費の支給を受ける者を除く。）であること。

（2）介護予防・生活支援サービス事業を利用しようとする者であって、介護保険給付に係るサービスを利用しないものであること。

9 第2項、第4項及び第6項の規定にかかわらず、要介護被保険者のうち、要介護認定によるサービスを受ける前から介護予防・生活支援サービスを継続して利用している場合は、当該サービスの利用対象者として、利用を継続できるものとする。

以下略

構成員

検討会の構成員は次のとおりとする。

- 主任介護支援専門員 1人（地域包括支援センター職員）
- 生活支援コーディネーター 1人（地域包括支援センター職員）
- 社会福祉士又は保健師等 2人（市職員）
- 地域リハビリテーション推進員 1人（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）

組織

- ・ 委員は会ごとの交代制とし、検討が必要なケースの担当圏域外の職員が担当する。また再任されることができる。
- ・ 議長はケアマネジメントの専門職であり、多様な視点で検討することのできる地域包括支援センターの主任介護支援専門員を選出する。副議長は市職員を選出する。
- ・ 議長は検討会を統括する。議長が欠席の場合は、副議長が検討会を統括する。
- ・ 委員が欠席の場合は、書面にて意見を提出する。
- ・ 検討会の庶務は総合健康センター 健康長寿課において処理する。

ポイント

委員が変わっても、検討会に参加する全員が同じ認識をもって臨むことが重要である。

役割

検討会の役割

検討会では、居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）から提出された協議書をもとに、医療・介護専門職がそれぞれの視点で対象者の現行相当サービス利用妥当性について検討する。

ポイント

- ① 要支援1・事業対象者と判定された方は、身体状況の維持・改善が見込まれる方であるため、介護サービスが過剰にならず、自立した生活を支援していくことが必要である。
- ② 現行相当サービス利用はあくまで一時的なものであり、本人の状態に応じて可能な限り住民主体サービス等への移行を見据えた考え方をする。

医療・介護専門職の役割

議長及び構成員は、利用者の居住地区外を担当する地域包括支援センター職員が担当する。

また、必要に応じ外部講師がアドバイザーとして参加することができる。

職種	役割	備考
主任介護支援専門員 (主任ケアマネジャー)	【議長】 本検討会が必要である場合に構成員を招集し、検討会を開催し、指揮する。 利用者が適切なケアマネジメントを実施されているかを検討する。	地域包括支援センター職員
生活支援コーディネーター	【構成員】 利用者に対し適切な地域資源が活用されているかを確認し、不足する地域資源を発見する。	地域包括支援センター職員
社会福祉士、保健師等	【構成員】	市職員
理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士 等	専門職の立場に立って、利用者のサービスが適切であるかを検討する。	地域リハビリテーション推進員
市健康長寿課	事務局	

検討会の機能と協議書提出の流れ

検討会では、協議書が提出された利用者について、現行相当サービス利用の妥当性について検討します。検討会で妥当であると判断された場合に、地域リハビリ推進員又は主治医による意見書を提出した後、現行相当サービスの利用が可能となる。

ただし、がん末期・進行性難病等で現行相当サービスの利用が急務である場合には、検討会を開催せず、現行相当サービスの利用を可能とする。

協議書提出及び最終決定の流れ

1. 協議書の提出

当該利用者の担当居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）は、現行相当サービスを利用する2か月前までに、協議書及び必要書類^{※1}を市健康長寿課へ提出。

※1 必要書類 協議書（現行相当サービス利用の必要理由が分かるように明記）、基本チェックリスト、アセスメントシート、サービス担当者会議録、サービス利用計画書（ケアプラン）

2. 検討会の開催

協議書の提出をもって、検討会のメンバーを招集し、検討会を開催する。

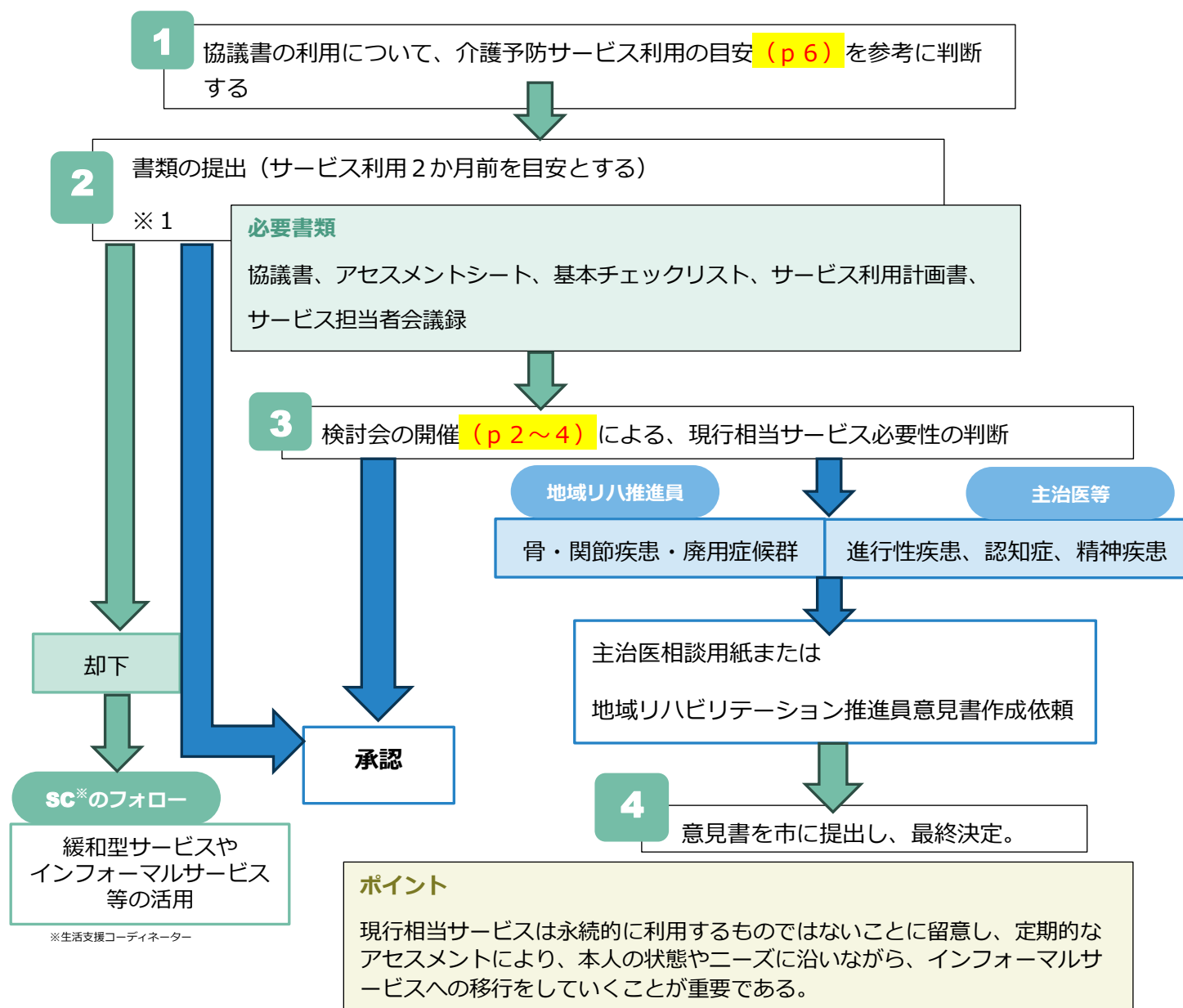
3. 現行相当サービス必要性判断依頼

検討会で地域リハビリテーション推進員や主治医の意見書が必要となった場合、地域リハビリテーション推進員又は主治医に、利用者の担当居宅介護支援専門員が意見書の記入を依頼する。

原因疾患 等	意見書依頼
骨・関節疾患・廃用性症候群 等	地域リハビリテーション推進員
進行性疾患、認知症、精神疾患 等	主治医

4. 意見書の提出

利用者の居宅介護支援専門員は、意見書を市健康長寿課へ提出。



※がん末期・進行性難病等で現行相当サービスの利用が急務である場合には、検討会を開催せず、現行相当サービスの利用を可能とする。

個人情報の取り扱いについて

個人情報の取り扱いには十分に注意し、会議参加者から会議で知り得た情報が外部に漏れることがないように徹底する。

参加者には個人情報について説明し、会議で用いた基本情報などは回収する。

※介護保険事業所については利用契約において個人情報使用同意書を取り交わしているため、会議録などを提供し共有する。地域包括支援センターについても介護保険法で守秘義務が課されているため、会議録を提供する。

介護予防サービス利用の目安

協議書を提出する目安は下表中「現行相当」に当てはまる方である。

通所サービス

	現行相当	通所 A	通所 B	通所 C
日常生活自立度	J1～A2 自立～Ⅱ	J1～A1 自立～Ⅰ	J1～J2 自立～Ⅰ	J1～A2 自立～Ⅱ
疾病の安定度	病態が不安定	安定	安定	安定
運動・活動制限	なし or あり	なし	なし	なし
改善・維持・悪化	改善・維持・悪化	維持	維持	改善
疾患例	急性期疾患 進行癌 進行性難病 認知症 精神疾患等	骨・関節疾患 生活習慣病 廃用症候群等	骨・関節疾患 生活習慣病 廃用症候群等	骨・関節疾患 生活習慣病 軽度認知症 廃用症候群 脳血管疾患等

訪問サービス

	現行相当	A	B	C
日常生活自立度	自立～A2 自立～Ⅱ	自立～A1 自立～Ⅰ	自立～J2 自立～Ⅰ	自立～A2 自立～Ⅱ
状態像等	専門職対応が 常時必要	基準緩和や 住民主体で 対応可能	基準緩和や 住民主体で 対応可能	通所型と同様

検討会の流れ

提出書類は検討会 1 週間前までに構成員に配布し、1 事例の検討の目安時間は 15 分とする。

グランドルール

約束ごと

- ① 守秘義務を守る
- ② 愚痴や文句ばかり言わない
- ③ 事例内容に対しての質問はしない
- ④ 尊重しあう



1. ケースプレゼンテーション（議長：主任介護支援専門員）

提出書類を参考に、協議書の提出に至った個人因子、環境因子、課題等について事務局が簡潔にプレゼンテーションをする。

2. アセスメント・情報共有・検討

それぞれの立場や専門的知識・視点にたって、「承認・不承認」の判断を述べ、簡潔に理由を説明する。必要に応じ、専門職の立場による助言をする。

地域のほかの高齢者にも共通する課題や不足する社会資源について確認する。（通いの場がない、移動手段がないなど）

3. まとめ

検討結果を受け、今後の支援や対応について確認し、それぞれの参加者が現行相当サービス利用の妥当性について判断する。（多数決）

検討会のシナリオ※シナリオは一例です。

	内 容	目安	発言者	実施事項
1	○ 自己紹介 ○ 会議目的の説明 ○ 注意事項	1 分	議長	○ 参加者は所属・職種・氏名など自己紹介をする。 ○ 会議目的の確認・共有の確認を行う。 ○ 個人情報の取り扱い、守秘義務などについて確認する。
2 3	○ 案件確認	2 分	市職員 (事務局)	○ 市職員は「年齢・性別・介護度・利用したいサービスの種別」を簡潔に説明する。

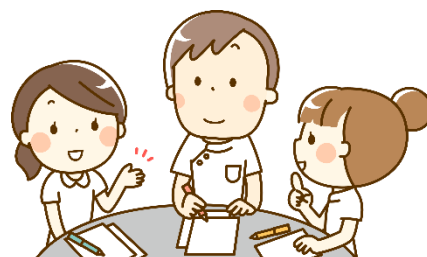
	○ 質問 ○ 検討意見	10分	構成員	○ 構成員は、不明点等について質問をする。 ○ 質問後に、全構成員が自身の結論（現行相当サービスが必要か不必要か）とその理由を簡潔に述べる。 ○ その後、各職種同士で質問や意見交換後に再度結論確認。
4	○ まとめ ○ 閉会	2分	議長	○ 検討結果を受け、今後の支援や対応について確認し、それぞれの構成員が現行相当サービス利用の妥当性について多数決にて判断する。 ※妥当性がないと判断された場合は、それに至った理由を明確にする。さらにそれぞれの専門的知識、視点にたって助言も行う。

会議終了後

配布資料は事務局に返却し、会議の中で話された個人情報は他の場所で話さないこと。

参考様式

1. 事業対象者係る現行相当サービス利用の協議書
2. 利用者基本情報（介護予防ケアマネジメントマニュアルより抜粋）
3. 簡易アセスメント用紙（介護予防ケアマネジメントマニュアルより抜粋）
4. 介護予防サービス・支援サービス計画表（介護予防ケアマネジメントマニュアルより抜粋）
5. 主治医意見書



要支援1・事業対象者に係る現行相当サービス利用の協議書

ふりがな			被保険者番号								
被保険者名	(男・女)		認定状況	※該当に〇 事業対象者・要支援1							
生年月日	T・S	年 月 日	認定有効期間	※要支援1のみ 年 / ~ 年 /							
住所	〒437- 袋井市										
利用サービス	現行訪問介護サービス ・ 現行相当通所サービス										
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※期間は最長1年間です										
アセスメント状況											
日常生活自立度	J・A・B・C		認知症高齢者自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M							
病状安定度	安定・不安定		運動・活動制限	なし ・ あり							
疾患											
要支援1・事業対象者に現行相当サービス利用が必要と認められる理由 (判断に至った理由)											
【専門職の支援が常時必要な理由】											
【身体介護が必要な理由】											
上記の者について、協議を依頼します。											
年 月 日											
住所											
事業所名											
ケアマネジャー											
市記入欄	受付		検討会		却下	妥当					

(1)

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 /)	
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			Tel () 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	事業対象者・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 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・共済年金・障害年金・遺族年金・生活保護			
来 所 者 (相 談 者)			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		続 柄		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

(2)

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				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 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当たり、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、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本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

アセスメントシート

記録日 年 月 日 事業所名

担当ケアマネ

No.1

フリガナ				生年月日		
利用者名				明・大・昭	年	月 日 (歳)
住所地				電話		
被保険者番号				介護度	負担割合	割
認定日	年	月	日	認定期間	年	月 日 ~ 年 月 日
家族構成				主介護者	氏名 電話	続柄
				緊急連絡先	氏名 電話	続柄
					氏名 電話	続柄
					氏名 電話	続柄
□:男性 ○:女性 ※数字は年齢						
アセスメント理由						
主訴	【相談内容】					
	【本人・家族の要望、生活への意向】					
生活	【生活歴及び本人の性格・家族との関わり】			【サービス利用状況】インフォーマルも含む		
	【現在の生活状況】					
病歴	【 既往症及び現病歴 】			【 主治医 】		
				【 内服薬 】		
自立度	障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度		
障害等の認定	身障(級)・知的、療育(級) 精神(級)・難病等()			経済状況	国民年金・厚生年金・障害者年金 生活保護 許容介護費()	

生活の状況

No. 2

	状態	原因	困り事と意見	課題
1・健康状態	主疾病・症状・痛み等		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
	身長(cm) 体重(kg)			
2・医療			《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
	睡眠薬の利用 ()			
	特別な処置の有無 ()			
3・コミュニケーション	視・聴力・言語など		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
4・認知と行動	意思決定・精神症状等		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
5・基本行動	体位変換・起居・移乗・移動の状況		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	
6・食事・水分摂取状況	摂取の自立度・形態・嚥下・食事の場所 経管栄養の有無・介助の状況など		《利用者》	
			《家族》	
			《意見》	

生活の状況

No. 3

	状態	原因	困り事と意見	課題
7 ・ 排泄 の 状況	排尿・排便の状況・特別な状況		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
8 ・ 入浴 の 状況	移動・移乗・洗身・着脱の状況		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
9 ・ 洗面・口腔 清拭・ 口腔清拭・ 整容・ 整容・ 更衣	口腔清拭 (行為・義歯 の状況) 整容 (整髪・爪切り) 更衣 (自立度と介 助の状況)		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
10 I A D L	買い物: 調理: 洗濯: 掃除: 電話の使用: 金銭管理:		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
11 介 護 力	介護者に関する情報		<<利用者>> <<家族>> <<意見>>	
12 社 会 参 加	地域との関わり・趣味活動など			
13 特 別 な 状況				

生活の状況

No.4

本人の 住宅状況	持ち家・借家 一戸建て・集合住宅(階) 自室の有無 (有・無 階)	見取り図 (本人の動線: ↑ 段差: ▲ 改修が必要: ●)
	生活する上での問題点	
一日の 過ごし方	0:00 2:00 4:00 6:00 8:00 10:00 12:00	
	12:00 14:00 16:00 18:00 20:00 22:00 0:00	

医師名:

記入日:

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

(1)移動			
屋外歩行	自立	介助があればしている	していない
車椅子使用	用いていない	主に自分で操作している	主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)		用いていない	屋外で使用 屋内で使用
(2)栄養・食生活			
食事行為	自立ないし何とか自分で食べられる		全面介助
現在の栄養状態	良好		不良
→	栄養・食生活上の留意点 ()		
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
尿失禁	転倒・骨折	移動能力の低下	褥瘡 心肺機能の低下
閉じこもり	意欲低下	徘徊 低栄養	摂食・嚥下機能の低下 脱水
易感染性	がん等による疼痛 その他() → 対処法()		
(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
期待できる	期待できない	不明	
(5)医学的管理の必要性			
訪問診療	訪問看護	看護職員の訪問による相談・支援	訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
訪問リハビリ	短期入所療養介護	訪問歯科衛生指導	訪問栄養食事指導
通所リハビリ	その他の医療サービス		
(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項			
・血圧	特になし・あり ()	・移動	特になし・あり ()
・摂食	特になし・あり ()	・運動	特になし・あり ()
・嚥下	特になし・あり ()	・その他	()
(7)感染症の有無(有の場合は具体的に記入)			
無	・有 ()	不明	

(4)

介護予防サービス・支援計画表

NO. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 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）	総合的問題	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					()					
日常生活（家庭生活）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 _____

【本を行うべき支援ができない場合】
適切な支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針：生活不活発の改善・予防のポイント _____

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	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						

【意見】 _____

地域包括支援センター _____

【確認印】 _____

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 _____

基本チェックリスト

No.	質問項目	回 答 (いずれかに○を お付け下さい)	
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
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ヵ月間で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)		
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
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
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
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
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 未満の場合に該当とする。

主治医相談用〈FAX送信票〉

平成 年 月 日

医療機関名

診療科

主治医名

事業者名

ケアマネ氏名

連絡先 TEL

返送先 FAX

フリガナ 被保険者氏名	生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男・女
主治医から意見を伺うことについて、本人または家族からの承諾の有無				有 ・ 無
診療情報提供料が発生する場合があることについて、本人または家族からの承諾の有無				有 ・ 無

上記、被保険者について、
 () 更新・区分変更時のケアプラン作成のため、
 () 医療系サービス利用のため、
 () サービス利用中に問題点が生じたため、
 下記の点について、

主治医のご意見を伺いたく、下段へご記入をお願い致します。

ケアマネジャーの意見	主治医の意見
1. アセスメントの結果による問題点	1. 居宅サービス () について、 必要 ・ 不要 (どちらかに○をお願いします)
2. 問題点に対する援助内容(予定居宅サービス等)	※留意点があれば、下記にご記載をお願いします
3. 問題点・援助内容等の中で医学的見地から意見を伺いたいこと	2. 診療情報提供書(様式12の4・袋井市版)で回答する。 ----- (記入日) 平成 年 月 日 (主治医氏名)

(別紙様式 12 の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

令和 年 月 日

担当 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称電話番号

FAX 番号

医師氏名 印

患者氏名	性別		男 ・ 女
	職業		
電話番号	生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日生()歳
患者住所			
情報提供の目的			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日: 年 月 日		
	 発症日: 年 月 日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日: 年 月 日
			退院日: 年 月 日
居宅サービス()について 必要 ・ 不要 (どちらかに○をお願いします)			
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等 			
障害高齢者の生活自立度 □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 □II □IIa □IIb □III □IIIa □IIIb □IV □M			

参考資料

- ・ 介護予防ケアマネジメントマニュアル（令和 6 年、袋井市健康長寿課）
- ・ 介護予防ケアマネジメントを効果的に推進するための手引き（令和 6 年 3 月、三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング）
- ・ 地域でつくる! 介護予防ケアマネジメントと通所型サービス c（平成 29 年、田中明美）



支援 1 ・ 事業対象者係る
現行相当サービス利用に関する検討会マニュアル

初稿 令和 7 年 2 月

袋井市健康長寿課