

高崎市訪問指導事業（訪問型サービスC）

実施の手引き

【高齢者あんしんセンター、介護支援専門員、委託先用】

令和6年4月更新



【問い合わせ先】

高崎市役所長寿社会課（地域包括支援担当）

住所：群馬県高崎市高松町 35-1 電話：027-321-1319（直通）

Mail：choujyu@city.takasaki.gunma.jp

高崎市訪問指導事業（訪問型サービスC）

実施の手引き

目次

I. 事業概要	1
II. 事業の流れ	2
III. 訪問指導依頼先	3
IV. 様式 1～6	4

・ 訪問指導依頼兼指導計画・結果報告書（様式 3） / 記入例	}	委託先用
・ アドバイスメモ（様式 4） / 記入例		
・ 口腔アセスメント票（様式 5）		
・ 訪問指導業務実施内訳書（様式 7）		
・ 請求書（様式 6）	}	高齢者あんしんセンター用
・ 介護予防ケアマネジメント業務実績報告書（請求内訳書）（様式 2）		
・ ケアマネジメントC（様式 1）		



I 事業概要

1. 実施形態

介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービスC

2. 目的

高齢者の心身の機能低下の防止と健康の保持増進を図ることを目的とする。

3. 対象者

(1) 要支援者

(2) 介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、事業対象者という。）

上記のうち、次の事業内容の実施が必要な人。

※すでに類似のサービスを受けている人は対象外

※介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメント（AまたはC（様式1））に位置づけることで利用が可能

4. 事業内容

心身機能や活動の低下、社会参加等の減少している高齢者に対し、運動機能や栄養状態、口腔機能等の低下を防ぐために訪問指導を行う。

5. 指導内容

ア. 運動、栄養、口腔衛生その他家庭における健康管理に関する指導

イ. 閉じこもりの予防、転倒の予防その他の介護を要する状態になることの予防に必要な指導

ウ. 生活習慣病の予防等に関する指導

エ. 家庭における機能訓練方法、住宅改造及び福祉用具の使用に関する指導

オ. 医療、保健、福祉、介護保険サービス、介護予防事業等の諸制度の活用方法に関する情報提供、相談、指導及び利用に向けた調整

カ. 認知症に関する正しい知識、緊急の場合の相談先等に関する指導

キ. 介護を担う家族等の健康管理に関する指導

ク. その他健康管理上必要と認められる指導

6. 従事者

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等

（市が委託する専門職団体等から派遣）

7. 実施方法

初回訪問を実施後3ヶ月以内に評価訪問を実施する。評価訪問において、改善が確認できた場合は、訪問指導を終了とする。改善にさらに期間を要する場合は、初回訪問から最長6ヶ月の間に追加訪問を1回実施することができる。改善が認められない場合には、担当の高齢者あんしんセンターやケアマネジャーと協議し、必要な支援・サービスに繋げる。

II. 事業の流れ

1 相談者のアセスメント 高齢者あんしんセンターまたはケアマネジャーは、相談等から把握したケースに対して、アセスメントを実施し、事業利用の必要性があるか確認します。

2 対象者の要件確認 アセスメントの結果、本事業が必要であると判断した場合、「要支援者」または「事業対象者」であるか確認します。

対象者の要件を満たしていない

対象者の要件を満たしている

3 要件取得の手続き

利用するサービスにより、以下の手続きを行います。

介護予防サービスと本事業を併用（併用するサービスあり）

：基本チェックリストの実施依頼または要介護認定の申請を行い、事業対象者または要介護等認定を受けます。

本事業のみ利用（併用するサービスなし）

：高齢者あんしんセンターが、「基本チェックリスト及びアセスメント実施依頼書」を作成し、基本チェックリストを実施し、該当となった場合、「介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント（変更）届出書」を提出します。

4 プランへの位置づけ

併用するサービスの有無と対象者区分	併用するサービスあり	併用するサービスなし
「要支援者」	介護予防サービス計画	介護予防ケアマネジメントC
「事業対象者」	介護予防ケアマネジメントA	

※介護予防ケアマネジメントCは、高齢者あんしんセンターのみが行います。

5 プラン作成から交付までの流れ

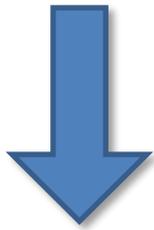
アセスメントを実施（高崎市アセスメントシート 2015）

↓
ケアプランの作成（新規作成または再作成）

↓
サービス担当者会議の実施（併用するサービスがある場合において実施）

↓
利用者への説明・同意

↓
ケアプランの確定・交付



ケアマネジメント費の請求（高齢者あんしんセンターが行う）

介護予防ケアマネジメントCの請求は、群馬県国保連合会へ行きます。請求の時期は、初回訪問日の翌月です。

「介護予防ケアマネジメント業務実績報告書（様式2-1または様式2-2）」、「ケアマネジメントC（様式1 私の介護予防プラン）の写し」を長寿社会課へ提出してください。

6 計画書の作成

対象者を担当する高齢者あんしんセンターまたはケアマネジャーは、「訪問指導依頼兼計画・結果報告書（以下、「訪問指導計画書」という。）（様式3）」を作成します。



7 専門職への依頼

対象者を担当する高齢者あんしんセンターまたはケアマネジャーは、専門職に電話等で訪問を依頼したのち、郵送で専門職へ「訪問指導計画書」を渡します。



8 訪問指導の実施

専門職が電話等で対象者と連絡をとり、「訪問指導計画書」に基づき、初回訪問（高齢者あんしんセンター職員が同行）および評価訪問を実施し、指導計画・結果を記入します。訪問時に実施した指導の内容については、「アドバイスメモ（様式4）」に記入し、対象者へ渡します。評価訪問の結果、改善にさらに期間を要する場合は、追加訪問を1回実施します。口腔の場合は「口腔アセスメント票（様式5）」も利用します。



9 結果報告

事業終了後専門職から、対象者を担当する高齢者あんしんセンターまたはケアマネジャーへ訪問結果が記載された訪問指導計画書（原本）（口腔は口腔アセスメント票も一緒）が送付されます。



委託料の請求（専門職が行う）

委託料の請求は、毎月10日までに長寿社会課へ「請求書（様式5）」、「訪問指導事業実施内訳書（様式6）」、訪問結果が記載された「訪問指導計画書（写し）」の提出をもって行います。口腔については口腔アセスメント票（写し）も一緒に提出してください。

Ⅲ. 訪問指導依頼先

運動器の機能低下に関すること 群馬県理学療法士協会・作業療法士会・言語聴覚士連絡協議会	事務局（担当：大林）〒371-0854 群馬県前橋市大渡町1-10-7 027-254-3237 月～金 9時から17時
栄養状態に関すること 高崎栄養士会	担当：小松 090-5195-1686 月～金 9時から17時
口腔機能低下に関すること 高崎歯科医療センター	事務局（担当：山田）〒370-0829 群馬県高崎市高松町5番地28 027-326-3171 月～金 9時から16時

＝ ・ ・ ＝ 私の介護予防プラン ＝ ・ ・ ＝

氏名		様	作成日	令和 年 月 日	作成時年齢	歳
担当の高齢者あんしんセンター			高齢者あんしんセンター			

○私の生活・目標

○生活を維持・改善すべき課題や目標達成を妨げている要因

○課題や要因を解消するための取組み

自分ですること	
家族等の支援	
利用するサービス	

私は目標に向けて自身の介護予防に努め、サービス提供者にこのプランを交付することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

介護予防ケアマネジメント業務実績報告書（事業対象者）

事業所番号	0	あんしんセンター名	0
-------	---	-----------	---

※返戻による再請求等、既の実績報告を行ったものは含みません。

事業対象者	類型	請求区分	件数	請求金額	
事業対象者	ケアマネA	A1	0	0円	
	+委託連携加算	A1(2)	0	0円	
	+高齢者虐待防止措置未実施減算	A1(3)	0	0円	
	+委託連携加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	A1(4)	0	0円	
	ケアマネA(初回加算有)	A2	0	0円	
	+委託連携加算	A2(2)	0	0円	
	+高齢者虐待防止措置未実施減算	A2(3)	0	0円	
	+委託連携加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	A2(4)	0	0円	
	ケアマネB	B1	0	0円	
	ケアマネB(初回加算有)	B2	0	0円	
	ケアマネC	C1	0	0円	
	ケアマネC(高齢者虐待防止措置未実施減算有)	C1(3)	0	0円	
	合計			0	0円

NO.	被保険者番号	氏 名	区分	住所地特例者 住所地	対象年月	請求区分	請求金額
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							

介護予防ケアマネジメント業務実績報告書（要支援者）

事業所番号	0	あんしんセンター名	0
-------	---	-----------	---

※返戻による再請求等、既の実績報告を行ったものは含みません。

	類型	請求区分	件数	請求金額
要支援者	ケアマネA	A1	0	0円
	+委託連携加算	A1(2)	0	0円
	+高齢者虐待防止措置未実施減算	A1(3)	0	0円
	+委託連携加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	A1(4)	0	0円
	ケアマネA(初回加算有)	A2	0	0円
	+委託連携加算	A2(2)	0	0円
	+高齢者虐待防止措置未実施減算	A2(3)	0	0円
	+委託連携加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	A2(4)	0	0円
	ケアマネB	B1	0	0円
	ケアマネB(初回加算有)	B2	0	0円
	ケアマネC	C1	0	0円
	ケアマネC(高齢者虐待防止措置未実施減算有)	C1(3)	0	0円
	合計			0

NO.	被保険者番号	氏名	区分	住所地特例者 住所地	対象年月	請求区分	請求金額
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							

訪問指導依頼兼指導計画・結果報告書

様式 3

御中

依頼元：		依頼者（ ）電話番号：				
対象者		生年月日		年齢	歳	男・女
住所	高崎市			電話番号		
依頼内容		ア. 運動、栄養、口腔衛生その他家庭における健康管理に関する指導				
		イ. 閉じこもりの予防、転倒の予防その他の介護を要する状態になることの予防に必要な指導				
		ウ. 生活習慣病の予防等に関する指導				
		エ. 家庭における機能訓練方法、住宅改造及び福祉用具の使用に関する指導				
		オ. 医療、保健、福祉、介護保険サービス、介護予防事業等の諸制度の活用方法に関する情報提供、相談、指導及び利用に向けた調整				
		カ. 認知症に関する正しい知識、緊急の場合の相談先等に関する指導				
		キ. 介護を担う家族等の健康管理に関する指導				
		ク. その他健康管理上必要と認められる指導				
	詳細内容					
主治医	主治医名：		医療機関名：		電話番号：	

▼指導計画・結果

専門職氏名：		職種： PT・OT・ST・管理栄養士・歯科衛生士・			
()					
指導計画					
アドバイス内容	初回	訪問日： 年 月 日			
	評価	訪問日： 年 月 日			
	追加	訪問日： 年 月 日			
結果	終結 ・ 他のサービスを紹介（ ） ・ その他（ ）				

記入例

訪問指導依頼兼指導計画・結果報告書

御中

依頼元：		依頼者（ ）電話番号：			
対象者		生年月日		年齢	歳 男・女
住所	高崎市			電話番号	
依頼内容		ア. 運動、栄養、口腔衛生その他家庭における健康管理に関する指導			
		イ. 閉じこもりの予防、転倒の予防その他の介護を要する状態になることの予防に必要な指導			
		ウ. 生活習慣病の予防等に関する指導			
		エ. 家庭における機能訓練方法、住宅改造及び福祉用具の使用に関する指導			
		オ. 医療、保健、福祉、介護保険サービス、介護予防事業等の諸制度の活用方法に関する情報提供、相談、指導及び利用に向けた調整			
		カ. 認知症に関する正しい知識、緊急の場合の相談先等に関する指導			
		キ. 介護を担う家族等の健康管理に関する指導			
		ク. その他健康管理上必要と認められる指導			
詳細内容					
主治医	主治医名：	医療機関名：	電話番号：		

上部（オレンジ枠内）は、高齢者あんしんセンター・ケアマネジャーが記入し、専門職へ依頼（送付）。

▼指導計画・結果

専門職氏名：		職種： PT・OT・ST・管理栄養士・歯科衛生士・			
()					
指導計画					
アドバイス内容	初回	訪問日：	年	月	日
	評価	訪問日：	年	月	日
	追加	訪問日：	年	月	日
結果	終結 ・ 他のサービスを紹介（ ） ・ その他（ ）				

指導計画・結果は、専門職が記入。
 初回訪問時：
 指導計画を立て、アドバイス内容（初回）の記入を行う。
 評価訪問終了後：
 アドバイス内容（評価）と結果の記入を行う。
 ※追加訪問は追加欄へ記載する。

様



アドバイスメモ

担当者 :	所属 :	電話番号 :
訪問日	年 月 日	
ポイント		
アドバイス		
	次回訪問日 : 年 月 日 時 分	

▼2回目

訪問日	年 月 日
アドバイス結果の確認	
アドバイス	

記入例



アドバイスメモ

様

専門職が記入

担当者：	所属：	電話番号：
訪問日	年 月 日	
ポイント		
アドバイス	<p>初回訪問で、記入し対象者へ渡す。</p>	
	次回訪問日： 年 月 日 時 分	

▼2回目

訪問日	年 月 日	
アドバイス結果の確認		
アドバイス	<p>結果確認訪問（2回目）で追記し、本人へ渡す。</p>	

口腔アセスメント票

高齢者あんしんセンター（ ） 記入者（ ）

氏名	フリガナ	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳
住所	町	病名・傷病名(既往歴・服薬)		
	TEL ()			

質問項目		1回目	2回目
半年前に比べてかたいものが食べにくくなりましたか	1. はい 0. いいえ		
お茶や汁物でむせることがありますか	1. はい 0. いいえ		
口の渴きが気になりますか	1. はい 0. いいえ		

自分の健康状態をどう思いますか	0. よい 1. まあよい 2. ふつう 3. あまりよくない 4. よくない		
食事をおいしく食べていますか	0. とてもおいしい 1. おいしい 2. ふつう 3. あまりおいしくない 4. おいしくない		
3度の食事が摂れていますか	0. はい 1. 2回の時もある 2. 不規則		
お口の健康状態はどうですか	0. よい 1. まあよい 2. ふつう 3. あまりよくない 4. よくない		
入れ歯が合っていますか	0. 使用していない 1. 合っている 2. 合わない		
奥歯で噛めていますか	0. 両方の奥歯で噛める 1. 片方の奥歯で噛める 2. 奥歯で噛めない		
食事中や食後のむせ	0. ない 1. あまりない 2. ある		
食事中の食べこぼし	0. ない 1. あまりない 2. ある		
食事中や食後の痰のからみ	0. ない 1. あまりない 2. ある		
歯磨き習慣	0. 3回以上 1. 2回 2. 1回 3. 0回/日		

口腔内の衛生状態	0. 良好 1. 不良		
口臭	0. ない 1. 弱い 2. 強い		
舌・歯・入歯などの汚れ	0. ない 1. 多少ある 2. ある		
頬膨らまし(ブクブクうがい)	0. 十分可能 1. やや不十分 2. 不十分		
反復唾液嚥下テスト(RSST)	0. 3回以上 1. 3回未満		
発音(パタカラ)	0. 明瞭 1. 一部不明瞭 2. 聞き取り難		

変化が見られたもの	ア. かかりつけ歯科医ができた イ. 歯科受診をした(歯のクリーニング含) ウ. 唾液腺マッサージ、口腔体操を継続 エ. その他()	リスク合計点	A	B
		最終評価	A - B =	

実施年月日・特記事項

1回目 (年 月 日)	2回目 (年 月 日)

請 求 書

(宛先) 高 崎 市 長

注

2 1 金額は訂正しないでください。
金額の前に¥の字を記入してください。

金額		千	百	十	万	千	百	十	円
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---

上記金額の支払いを請求します。

〒 □□□ - □□□□

住 所

フリガナ

氏 名

電話番号 □□□□□□ - □□□□

※預金通帳を確認のうえご記入ください。

振 込 み 先	
金融機関名	
支店名	支店
種 別	普通 ・ 当座
番 号	
口座名義 (カタカナで)	

		請求日	令和 年 月 日			請求NO.
NO	品名または名称・規格	数 量	単 価	金 額	納入年月日	
	訪問指導業務委託料 令和 年 月分				・	・
					・	・
					・	・
					・	・
					・	・
					・	・
					・	・
					・	・
					・	・
					・	・
合 計						

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）

・ 発行責任者： (電話番号)

・ 担 当 者： (電話番号)

検 収	
--------	--

訪問指導業務(〇〇) 実施内訳書 令和 年 月分

団体名 _____

No	被保険者番号	氏名	初回訪問日	確認訪問日	追加訪問日	金額	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

合計

※訪問指導を終了した対象者について作成してください。

※委託単価 初回訪問及び確認訪問 訪問1回あたり ○○○○円

追加訪問時加算 ○○○○円