

# 相談から介護予防ケアマネジメント までの流れ

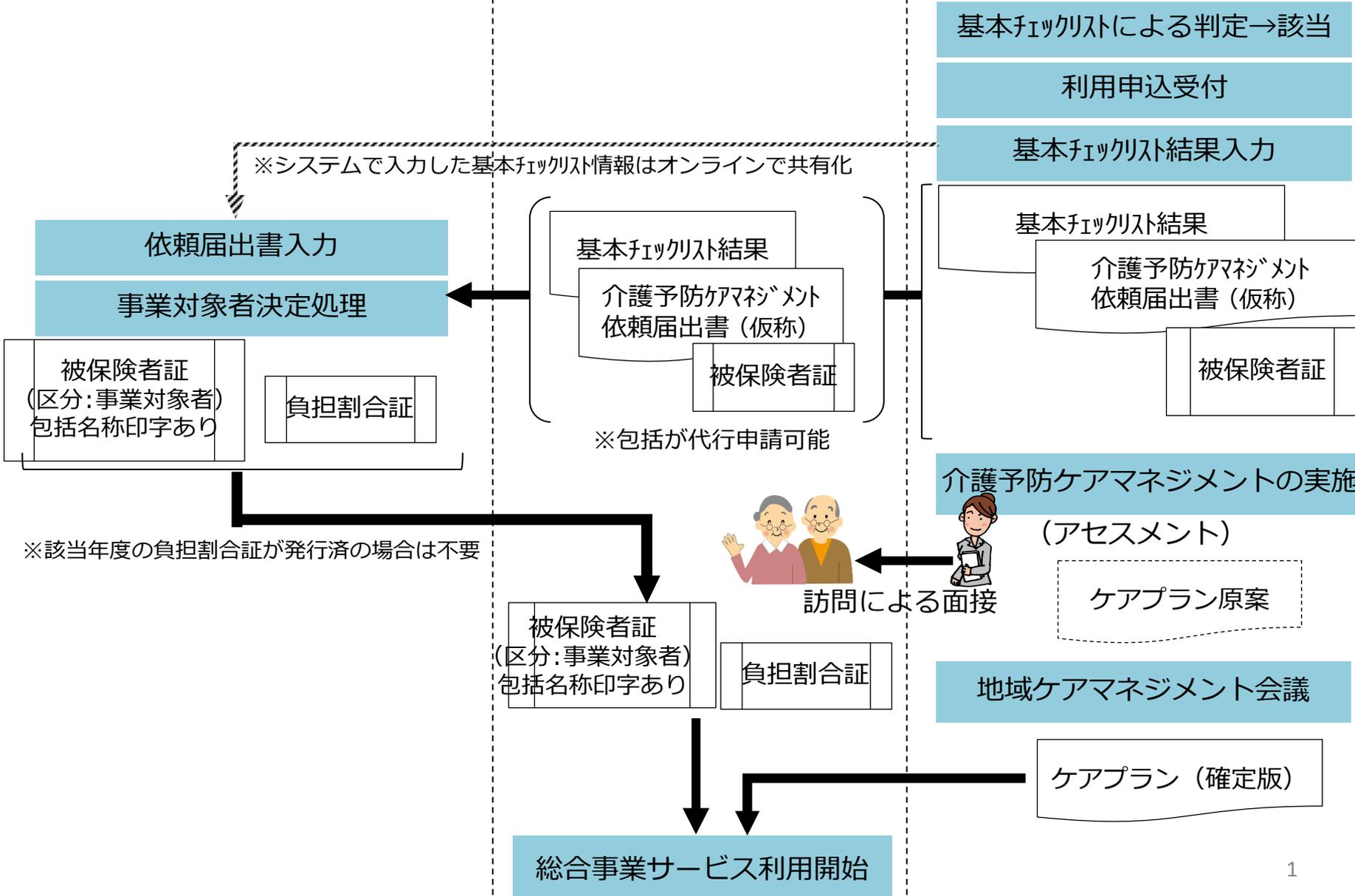
平成29年(2017年)1月30日  
広島市健康福祉局高齢福祉部

# 基本チェックリストによる事業対象者のサービス利用までの基本的な流れ(包括に申し込んだケース)

## 区健康長寿課

## 利用者

## 地域包括支援センター



# 基本チェックリストによる事業対象者のサービス利用までの基本的な流れ(区役所に申し込んだケース)

## 区健康長寿課

## 利用者

## 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

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

※担当包括を伝え、面接の日時等を連絡

基本チェックリスト結果

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
---------------------------------	-------

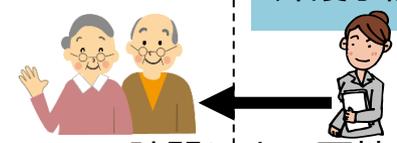
※該当年度の負担割合証が発行済の場合は不要

※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

介護予防ケアマネジメント  
依頼届出書 (仮称)

※基本チェックリストによる判定と同時に届出書も記入

介護予防ケアマネジメントの実施  
(アセスメント)



訪問による面接

ケアプラン原案

地域ケアマネジメント会議

ケアプラン (確定版)

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

# 相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れと帳票について

## 【利用の流れ】

相談（聞き取りと説明）【実施：区健康長寿課・地域包括支援センター】

- ・意向や希望するサービスの聞き取りを行う。
- ・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。
- ・窓口確認票を活用し本人の状態や意向、希望するサービスを確認する。
- ・明らかに要介護認定等が必要な場合は、申請につなぐ。  
(2号被保険者等)

実施は平成29年4月～

基本チェックリストの実施【実施：区健康長寿課・地域包括支援センター】

- ・質問項目の趣旨等を説明しながら、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：区健康長寿課】

- ・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

介護予防ケアマネジメント

## 【使用する帳票等】

「対象者窓口確認票」

「総合事業パンフレット」  
(広島市作成)

「基本チェックリスト」

「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」

# 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【介保・高福・( )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。	<input type="checkbox"/>
	2 身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分で行える。	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>
	6 大きな病気やけがのため、入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>
	7 寝たきり又は、重い認知症である。	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>
	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( )	<input type="checkbox"/>
	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。)	<input type="checkbox"/>
	12 入居(GH・特定施設)・入所(特養・老健・療養型)したい。	<input type="checkbox"/>
	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： )	<input type="checkbox"/>

**【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。	<input type="checkbox"/>
「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。	<input type="checkbox"/>

確認者印

※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、介護保険証を区健康長寿課(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申請につなぐ。

## 【明らかに要介護認定が必要な場合】

- 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・高齢・介護										
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:平成	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							
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							
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							
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されますか											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							
健康状態について													1	よい	2	まあよい	3	ふつう	4	あまりよくない	5	よくない
※(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		主観的健康観								
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																						

- ・ 質問項目 25項目は現行どおり。
- ・ 質問の趣旨を説明しながら、本人に記入してもらう。

## (留意点)

- ・ **特定高齢者の判定基準と異なっているため要注意**  
(認知機能と生活意欲の項目判定が加わる。)

## 【判定基準】

項目	事業対象者	特定高齢者
1~20 (生活機能全般)	10項目以上に該当	10項目以上に該当
6~10 (運動機能)	3項目以上に該当	3項目以上に該当
11, 12 (栄養)	2項目の全てに該当	2項目の全てに該当
13~15 (口腔機能)	2項目以上に該当	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

### ○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	<input type="checkbox"/> 本人自宅 ⇒ <input type="checkbox"/> 一戸建て、 <input type="checkbox"/> 集合住宅(名称: ) <input type="checkbox"/> その他 → 訪問先住所: 訪問先名: 電話番号:			
状況調査日時	<input type="checkbox"/> 希望日時は特にない <input type="checkbox"/> 都合の悪い日時 ( 曜日、 曜日、 曜日、 / 、 / ) <input type="checkbox"/> 時間の希望がある 午前・午後 時頃			
調査の同席者	<input type="checkbox"/> いる ⇒ 同席される方: 氏名 続柄( ) <input type="checkbox"/> 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			

### ○受付機関のメモ欄

・来所経緯、相談内容等

- 地域包括支援センター又は区健康長寿課の職員が記載する。
- 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。

# 被保険者証（2面）

## 事業対象者の介護保険被保険者証の記載

チェックリストに該当し、区健康長寿課へ介護予防ケアマネジメント依頼届を提出した者については、「事業対象者」と記載した証を発行する。

(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)	平成29年 4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
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	〇〇地域包括支援センター			
	届出年月日	平成 2 9 年	4 月	1 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			
等	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

# 介護予防ケアマネジメントについて

# ケアマネジメントの分類

・要支援者と事業対象者の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。

区分	要支援1・2認定者 予防給付によるサービスを利用 (訪問介護・通所介護の併用含む)	要支援1・2認定者 訪問介護・通所介護のみの利用	事業対象者 基本チェックリスト該当者
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	

## ケアマネジメントに係る費用の請求先

介護報酬による介護予防支援費の請求先は国保連合会、委託料である介護予防ケアマネジメント費は広島市となる。

※現在、介護予防ケアマネジメント費の支払いについて国保連合会と調整中。

区分	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費（第1号介護予防支援事業費）	
	要支援1・2認定者 予防給付によるサービスを利用 (訪問介護・通所介護の併用含む)	要支援1・2認定者 訪問介護・通所介護のみの利用	事業対象者 (基本チェックリスト該当者)
請求先	国保連合会	広島市	※国保連合会と調整中

# ケアマネジメントの類型

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。

区分	指定介護予防支援事業	介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）	
	要支援1・2認定者 予防給付によるサービスを利用 (訪問介護・通所介護併用含む)	要支援1・2認定者 訪問介護・通所介護のみの利用	事業対象者 (基本チェックリスト該当者)
分類	現行どおり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント）</li> <li>・ケアマネジメントB（簡略化したケアマネジメント）</li> <li>・ケアマネジメントC（初回のみケアマネジメント）</li> </ul>	

# 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態等や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のとおり類型を定める。

	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	現行相当サービス ・訪問介護サービス ・1日型デイサービス 短期集中型サービス ・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	基準緩和型サービス ・生活援助特化型訪問サービス ・短時間型デイサービス	住民主体型サービス ・住民主体型生活支援訪問型サービス ・一般介護予防事業 ※
実施内容	アセスメントを行い、ケアプランを作成する。併せて対象サービス事業所等との利用調整を実施		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)	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)	※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
委託料	月430単位 (4,601円) 初回加算300単位 (3,210円)	月430単位 (4,601円) 初回加算300単位 (3,210円)	月730単位 (7,811円)

※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。

※介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算(ケアマネジメントCを除く。) 300単位 (3,210円)

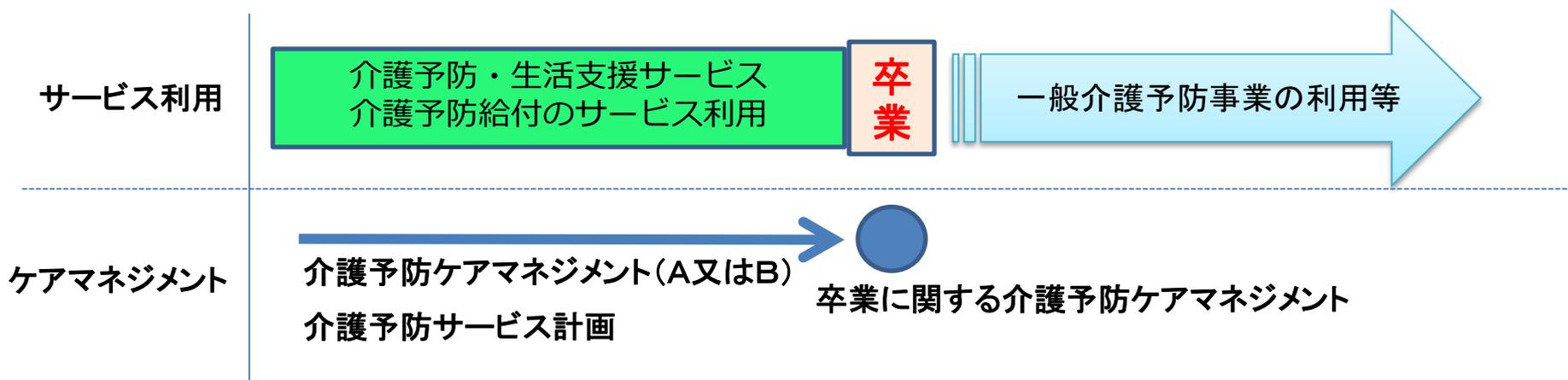
※一般介護予防事業(地域介護予防拠点、高齢者地域交流サロン、認知症カフェ)については、介護予防ケアマネジメントを経ずに利用することも可能。

# 卒業に関する介護予防ケアマネジメント

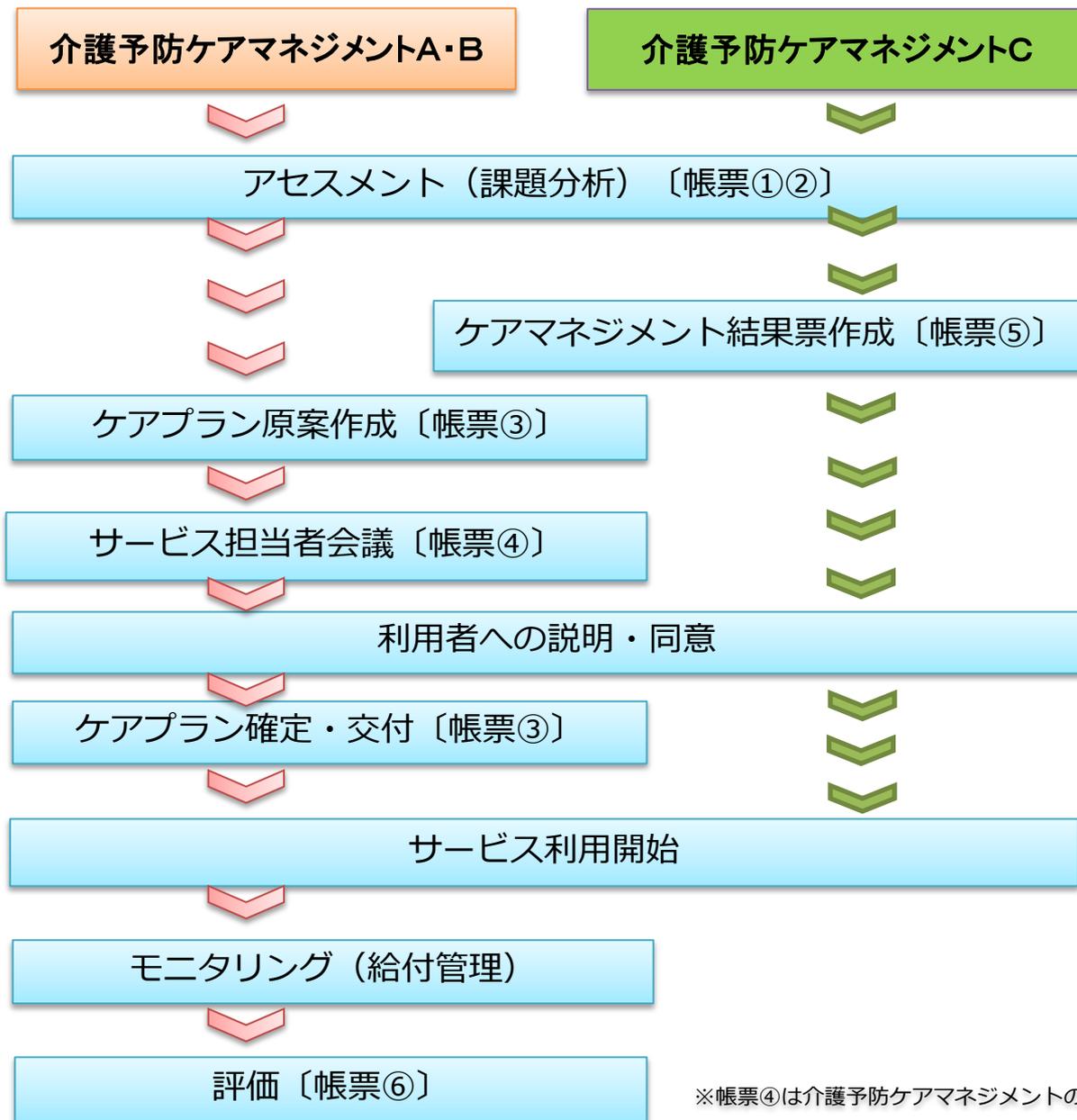
介護予防・生活支援サービス終了後、住民主体のサービスや一般介護予防事業などの地域の介護予防活動に参加につなぎ、サービス利用から卒業した場合、介護予防ケアマネジメントA・Bの評価をした翌月以降に卒業に関する介護予防ケアマネジメント費を支払う。

区分	費用
委託料	730単位(7,811円)

## 卒業に関する介護予防ケアマネジメントの位置づけ



# 介護予防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 「利用者基本情報」
- ② 「広島市版アセスメントシート」
- ③ 「介護予防サービス・支援計画書」
- 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）」
- ⑤ 「ケアマネジメント結果票」
- 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」

※ 必要に応じて「興味・関心チェックシート」を活用する。

※ 「アセスメントシート」「ケアマネジメント結果票」を除く帳票は現行どおり

※帳票④は介護予防ケアマネジメントの全ての経過を記録する。

# 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)
介護予防 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
介護予防 ケアマネジメントB	ケアプラン作成	サービス 担当者会議	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○
		モニタリング	—	○	○	◎ 面接	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護予防 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

## ○ 契約について

- ・ ケアマネジメントA及びBの実施にあたり、利用者との契約が必要となる。ケアマネジメントCは不要。
- ・ 要支援1・2認定者ですでに契約をしている場合は、契約の変更が必要となる。（認定更新に合わせて変更）  
※今後、契約書の雛型（地域包括支援センターと利用者）を提示する。

## ○ 機能訓練参加に係る医師の可否判定について

- ・ サービスの機能訓練の参加にあたり、循環器疾患等があり医師による参加の要否判定が必要な利用者は、「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」を発行し、医師の参加の可否を確認した上でサービスの利用につなげる。  
※ 転倒予防教室の受診券発行の流れと同様

# 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			
身体状況	部位	症状	程度・場面・対処
		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: 】	
	何でもしっかり嚥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	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 (支えの必要性)	運動機能	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	
	一人で浴槽をまたく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
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(H)調理器使用 □温め □配膳 □下膳 □食器洗い	□配偶者 □子(続柄: ) □その他( )
	□( 全て・一部 )している □できるがしていない □できない	□入室 □風呂場 □その他( )	□配偶者 □子(続柄: ) □その他( )
		□掃除機がけ □モップ	
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( )
			困難度 改善可能性

## 【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 今後やがたいこと	困難度 改善可能性
ごみ出し	<input type="checkbox"/> (全て・一部)している <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄: ) <input type="checkbox"/> その他( )		
買い物	<input type="checkbox"/> (全て・一部)している <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 買うものを決める <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 荷物は配達便を利用する <input type="checkbox"/> 注文配達	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄: ) <input type="checkbox"/> その他( )		
金銭管理	<input type="checkbox"/> (全て・一部)している <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> こづかい程度のみ管理 <input type="checkbox"/> 銀行に行く/出入金	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄: ) <input type="checkbox"/> その他( )		
服薬	<input type="checkbox"/> (全て・一部)している <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 忘れずに内服等している <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(続柄: ) <input type="checkbox"/> その他( )		
外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自家用車(車・バイク) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車【最寄駅: 】 <input type="checkbox"/> バス【最寄バス停: 】 / 最寄りの駅・バス停まで【約 m、約 分程度】 <input type="checkbox"/> 家族の送迎【頻度: ( ) 回程度】 <input type="checkbox"/> その他( )				
4 社会生活・環境					改善可能性
社会参加	外出頻度 回 / 月	外出先			
役割	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				
対人交流	<input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> いいえ 困った時に助けてくれる人はいますか 家族との交流状況 近隣・友人・知人との交流状況				
認知	<input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 物の置き忘れが増えた <input type="checkbox"/> 戸締り <input type="checkbox"/> その他( ) もの忘れが気になりますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 身だしなみへの関心の変化はありますか <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 関心が低くなった <input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある 火の始末(タバコを含む)が心配ですか				
生活環境	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 自宅内の環境で不自由なところや不安に感じることはありませんか <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 物干し場 <input type="checkbox"/> 庭 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 自宅周囲の環境で不自由なところはありませんか <input type="checkbox"/> 急な坂道 <input type="checkbox"/> 自宅敷地内の階段 <input type="checkbox"/> 集合住宅のEVがない <input type="checkbox"/> バス停や駅が遠い <input type="checkbox"/> 買い物できる場がない <input type="checkbox"/> 集会所や公民館が遠い <input type="checkbox"/> 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			★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 <input type="checkbox"/> はい ( ) <input type="checkbox"/> 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)					

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。
- 課題分析や本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。

# 広島市版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

住所 広島市 \_\_\_\_\_ 区 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 \_\_\_\_\_

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)】

【支援してもらおうこと(いつから、誰に、何をどのくらい)】

ケアマネジメント結果の同意

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名

印

### 〔使用する対象者〕

- ・ 介護予防ケアマネジメントC対象者
- ・ 卒業に関する介護予防ケアマネジメント対象者

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。

## 居宅介護支援事業所への委託について

- ・ 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、居宅介護支援事業所に委託することができる。

※今後、委託契約書の雛型（地域包括支援センターと居宅介護支援事業所）を提示する。