

飯能市介護予防・生活支援サービス事業

利用手続きマニュアル

(平成 27 年 11 月改定)

1 介護予防・生活支援サービス事業の概要

(1) 事業内容

介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）は、要支援者等の様々な生活ニーズに対応するため、介護予防訪問等のサービスに加え、住民主体の支援等を含め、多様なサービスを制度（総合事業）の対象として支援します。

この事業は、「訪問型サービス」、「通所型サービス」、「その他の生活支援サービス」及び「介護予防ケアマネジメント」から構成されます。

介護予防・生活支援サービス事業

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

(2) 対象者

サービス事業の対象者は、介護保険法改正前の要支援者に相当する方とします。

サービス利用に至る流れとしては、要支援認定を受けて介護予防ケアマネジメントを受ける流れの他に、基本チェックリスト（P.6参照）を用いた簡易な形で対象者を判断し、介護予防ケアマネジメントを通じて必要なサービスにつなげる流れがあります。前者を要支援者、後者を介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下「サービス事業対象者」という。）とします。

サービス事業によるサービスのみを利用する場合には、基本チェックリストを用いることで、要介護認定等を省略して、迅速にサービス事業の利用開始につなげることができます。

2 サービス事業対象者

65歳以上で次の項目に該当する方。

- ① 新規の相談の方で、基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する方。
- ② 要介護認定（要支援認定も含む）の更新をしないで、有効期間終了前に基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する方。
- ③ 要介護認定等の申請を行った結果、「非該当」と認定され基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する方。
- ④ サービス事業対象者として決定して、おおむね3か月間サービス事業の利用がない場合に、改めてサービス事業の利用希望がなされ、基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する方。

※40歳～64歳の第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることによりサービス事業を受けることができます。

受付シート、基本チェックリストの実施の有無

		受付シート、基本チェックリストの実施場所	受付シート	基本チェックリスト
新規		相談窓口	○	○
介護保険 更新申請	要支援	包括（一部を居宅に委託）が自宅訪問	○	○
	要介護	居宅が自宅訪問	○	○
介護保険 区分変更	要支援	—	×（要介護認定）	
	要介護	—	×（要介護認定）	
要介護認定で非該当		市介護福祉課が自宅訪問	×	○
サービス事業対象者で、一般介護予防事業へ移行、またはサービス事業を利用せず3か月空いた。		相談窓口	○	○

※包括＝居住圏域の地域包括支援センター

※居宅＝居宅介護支援事業所

※相談窓口とは、市介護福祉課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所のこと。

3 サービス事業対象者の有効期間

市はサービス事業対象者に有効期間を設定することとします。原則 1 年間。

基本的な有効期間

基本的な有効期間	
一般高齢者から ⇒サービス事業対象者に移行した場合	基本チェックリスト実施日から 1 年間
要支援者（または要介護者）から ⇒サービス事業対象者に移行した場合	基本チェックリスト実施日から 1 年間 ※平成 27 年度は平成 28 年 3 月 1 日から 1 年間
サービス事業対象者から ⇒要支援者（または要介護者）に移行した場合	サービス事業対象者の終了日＝申請日の前日

4 窓口での相談受付

以下、「図1 飯能市介護サービスの利用手続き」フローチャートと照らし合わせながら読みすすめます。

- (1) **相談窓口(A)**は、市介護福祉課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所(※)とします。

サービス事業利用のための手続きは、原則、**被保険者本人が直接窓口に来庁・来所していただき行うもの**とします。

ただし、本人が来所できない(入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等)場合は、電話や家族の来所による相談もしくは訪問に基づき、本人の状況や相談の目的を聴き取るものとします。その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明を行い、適切なサービス利用につなげるものとします。

※居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可としますが、本人が来所できない場合と同様の扱いとします。

- (2) 市介護福祉課窓口においては、必ずしも専門職である必要はありません。
- (3) 相談においては、**受付シート(B)**と**基本チェックリスト(①)**を活用します。
- (4) 要支援・要介護者の介護保険更新申請においても、受付シートと基本チェックリストを活用し、新規相談者と同様に行います。

5 受付シートの活用と実施

<受付シートの目的>

総合事業あるいはそれ以外のサービスを勧めるにあたっての根拠と、相談を受ける者の相談技術の力量の統一を図るためのものです。

相談者のニーズに対して、基本チェックリストまたは要介護認定申請に振り分けま

す。

<受付シートの手順>

窓口担当者は、本人や家族から相談の目的や希望するサービス内容について聴き取りを行います。受付シートの記入は窓口担当者が行います。

1. 年齢を確認します。

年齢が40～64歳の第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病が申請の前提となっているために、**要介護認定申請（②）**を行うものとします。

（サービス事業を利用する場合は、要支援の認定を受けることが必要となります。）

2. 介護申請状況の確認を行います。

これは、介護保険サービスを利用している場合に、並行してサービス事業を利用することを避けるためです。

3. 相談に来られた理由、生活状況及びサービスの希望を確認します。

要介護認定の申請が必要であるか簡易に判断するためのものです。

4. 受付シートの回答内容を確認します。

回答がすべて①の枠にある場合は基本チェックリスト（①）を、回答が1つでも②の枠の中にある場合は要介護認定申請（②）を勧めます。

ただし、質問3の回答がすべて①の枠の中にあり、質問4の回答が②の枠の中にある場合は、要介護（要支援）認定者よりも心身の状態が軽い方であるが、予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等）や介護給付によるサービスの希望だけが先行していると考えられるため、総合事業について説明し、理解を得た上で**基本チェックリスト（①）**を勧めサービス事業へとつなげます。

※原則として受付シートは実施するものですが、寝たきり状態にある、または認知機能の低下や問題行動により目が離せない状況にあるような明らかに要介護認定が必要な場合にはその限りではありません。

※4. については、可能な限り望ましい対応であって、予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等）や介護給付によるサービスを希望する場合には、要介護認定申請を妨げるものではありません。

※窓口に来られる方は、生活の困りごとがあつて相談に来られています。傾聴の姿勢を基本とし、受付シートを用いた聴き取りが事務的にならないように留意します。

6 基本チェックリストの活用と実施

<基本チェックリストの目的>

被保険者に対して、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを行います。

<基本チェックリストの手順>

基本チェックリストの質問項目及び基準については、「表1 基本チェックリストについての考え方」及び「表2 サービス事業対象者に該当する基準」で示されたものとします。

1. 表1に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら本人等に記入してもらいます。
2. 窓口担当者が、それぞれの質問事項ごとに、網かけに該当する数を記入します。
3. 「表2 サービス事業対象者に該当する基準」（以下、「基準」という。）に照らし合わせて、該当項目に○をつけ、判定を記入します。
4. **基準に一つでも該当**
サービス事業対象者（C）となり、サービス事業を勧めます。基本チェックリスト裏面の状況調査連絡シート（D）の記入に進みます。

基準に一つも該当しない

一般介護予防事業（K）を勧めます。

基準に多数該当

受付シートを用いて聴き取った内容も考え併せ、明らかに要介護認定が必要（要介護1以上と判断できる）の場合には要介護認定申請（②）を勧めます。

（1） 窓口担当者は、基本チェックリストを実施し、総合事業へと振り分けを行った場合は次の事を十分に説明します。

1. この事業は、適切な介護予防ケアマネジメントに基づき、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進をはかるものであること。
2. 介護予防ケアマネジメントにおいては、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は自立に向けた次のステップに移行していくこと。
3. サービス事業対象者となった後や、サービス事業のサービスを利用し始めた後も、必要な時にはいつでも要介護認定申請が可能であること。

4. サービス事業における医療・保健の専門職（保健師、リハビリ専門職等）が関与する訪問型サービス（短期集中予防サービス）、通所型サービス（短期集中予防サービス）については、介護予防ケアマネジメントにより、維持・改善すべき課題（目標）を明確にするとともに、課題（目標）が達成できた場合は、一般介護予防事業を行っている地域の場合等へ移行することについて理解を得ること。

(2) 基本チェックリストを居宅介護支援事業所が行うことは可としますが、その結果については必ず地域包括支援センターに相談してその後の対応を行うことにします。サービス事業を利用するに際しては、必要な書類を添えて窓口に提出します。

【必要な書類】

- ・ 受付シート
- ・ 基本チェックリスト（裏面：状況調査連絡シート）
- ・ 介護保険被保険者証
- ・ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書（E）※

※介護予防ケアマネジメント依頼届出書（E）

用紙は「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届出書」という名称で、介護予防サービス計画作成依頼届出書又は介護予防ケアマネジメント依頼届出書として使用できるものとなっています。

7 サービス事業対象者への対応

相談窓口が市介護福祉課の場合

1. サービス事業対象者に、介護予防ケアマネジメントを居住圏域の地域包括支援センターで行うことや、アセスメントの際に地域包括支援センター職員が訪問させていただくことを説明します。
2. アセスメントの訪問日時を調整するために、基本チェックリスト裏面の**状況調査連絡シート（D）**をサービス事業対象者に記入してもらいます。また、**介護予防ケアマネジメント依頼届出書（E）**を提出してもらいます。
3. 地域包括支援センターへは、必要な情報〔受付シート、基本チェックリスト（裏面：状況調査連絡シート）、介護予防ケアマネジメント依頼届出書〕の写しを送付し、対応を依頼します。依頼を受けた地域包括支援センターは、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

※詳細は、「飯能市介護予防事業・生活支援サービス事業介護予防ケアマネジメントマニュアル」参照。

相談窓口が地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）の場合

1. サービス事業対象者に、介護予防ケアマネジメントを行うにあたり、アセスメントの際に地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）職員が訪問させていただくことを説明します。**居宅介護支援事業所が受けた新規相談については、初回の介護予防マネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち合うことを原則としますが、更新の相談の場合には立ち合いは行いません。**
2. アセスメントの訪問日時を調整するために、基本チェックリスト裏面の**状況調査連絡シート（D）**をサービス事業対象者に記入してもらいます。また、**介護予防ケアマネジメント依頼届出書（E）**を提出してもらいます。
3. 地域包括支援センターは、市へ必要な書類を添えて提出し、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

【必要な書類】

- ・ 受付シート
- ・ 基本チェックリスト（裏面：状況調査連絡シート）
- ・ 介護保険被保険者証
- ・ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書

※詳細は、「飯能市介護予防事業・生活支援サービス事業介護予防ケアマネジメントマニュアル」参照。

- (1) 市介護福祉課は、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出を受けたら受給者台帳に登録し、**図2 被保険者証（F）**を発行します。届出受理後1週間程度で被保険者証をサービス事業対象者へ発送します。

- (2) サービス事業対象者が、3か月以上サービス事業の利用を行っていない場合は、再度基本チェックリストを行ってから、サービス事業の利用再開をするものとします。
- (3) サービス事業対象者が、**要介護認定申請(②)**を行い暫定プランを利用する場合は、介護保険でのケアマネジメントに移行することになり、暫定プランを利用しない場合は、認定結果が出るまではサービス事業対象者として扱うものとします。(ただし、暫定プランによる介護保険サービスを利用している場合は、平行してサービス事業を利用することはできません。)

8 介護保険要支援認定者への対応

- (1) 市介護福祉課より要支援者へ認定結果通知の際に被保険者証を送付し、居住圏域の地域包括支援センターを案内します。地域包括支援センター職員が要支援者の自宅を訪問し、サービス事業と予防給付について説明します。要支援者に、**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届出書(E)**を提出してもらいます。
- (2) サービス事業のみ利用(H)の場合は、**介護予防ケアマネジメント(J)**を実施後、サービス事業利用開始となります。
- 予防給付を利用(I)の場合は、介護予防サービス計画作成後、介護予防サービスの利用となります。

要支援認定の有無と利用サービスによるケアマネジメントの違い

	サービス事業のみ利用	予防給付とサービス事業を利用	予防給付のみ利用
要支援認定者	サービス事業による介護予防ケアマネジメント	予防給付による介護予防ケアマネジメント	
サービス事業対象者 (基本チェックリスト該当者)		—	—

9 介護保険非該当と認定された方への対応

- (1) 要介護認定を受けていた方が、更新申請により非該当（G）となった場合、新規申請により非該当（G）となった場合ともに、基本チェックリストの実施が必要です。
- (2) 市介護福祉課より認定結果通知と被保険者証を送付するとともに、保健師が訪問し、適宜、総合事業の説明と基本チェックリストを行い必要な事業につなげます。

10 介護予防ケアマネジメントからサービス利用まで

一般介護予防事業のみを利用する場合を除き、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメント（J）を実施したうえでサービス利用開始となります。（自立支援にむけた課題の抽出、目標設定を行い必要なサービスにつなげます）。

図1 飯能市介護サービスの利用手続き

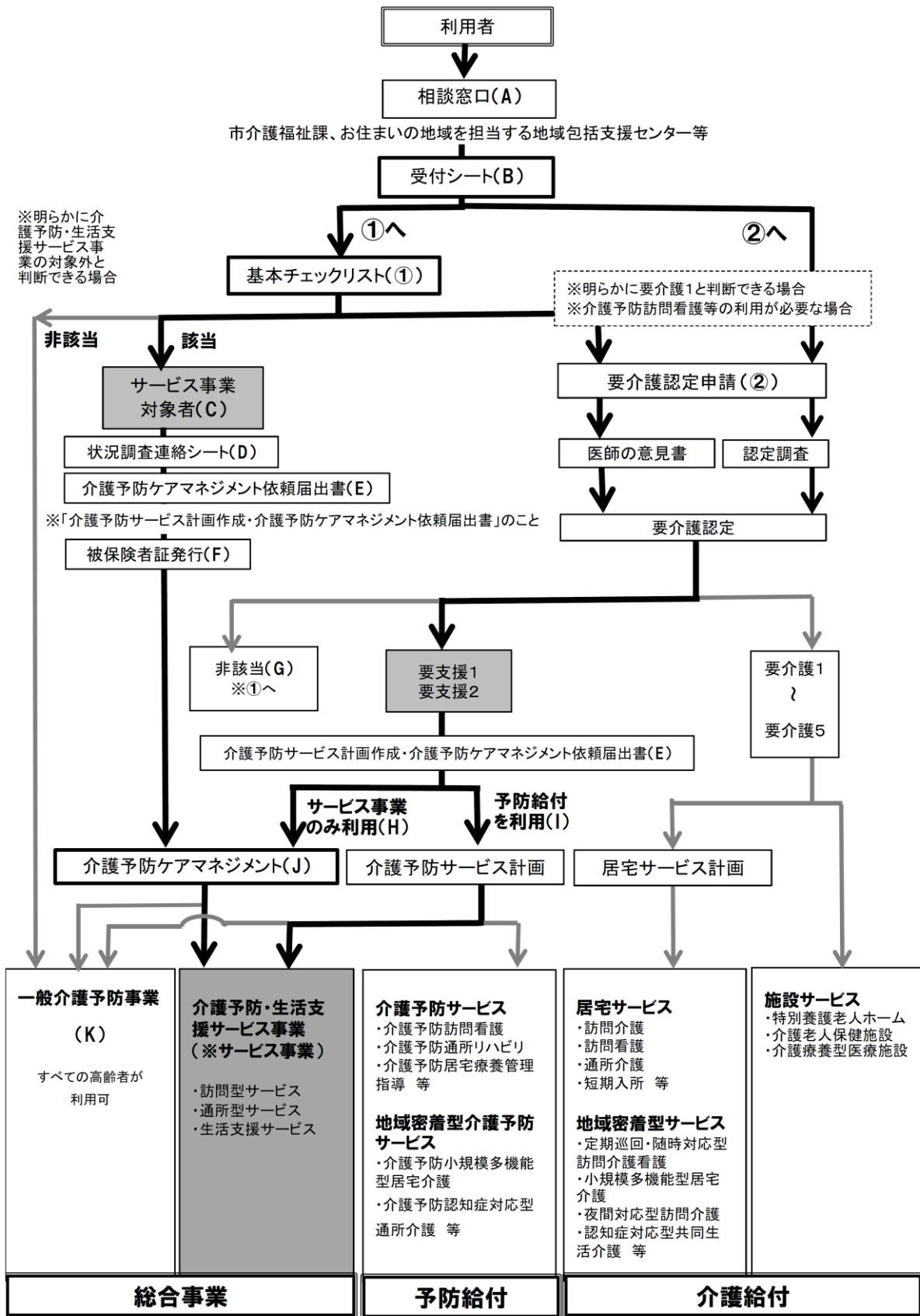


図2 サービス事業対象者の介護保険被保険者証

平成28年3月1日から、介護保険被保険者証の要介護状態区分等の欄に、「要介護○」「要支援○」「事業対象者」のいずれかが表記されます。

※被保険者証に、(総合)事業対象者の『認定年月日』は記載されますが、『認定の有効期間』欄は記載されません。

介護保険被保険者証		要介護状態区分等	事業対象者	給付制限	内容	期間
被 保 険 者	番号		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)			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
	住所	357-0021 飯能市双柳1-1	認定の有効期限			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
	フリガナ	ハンノウ タロウ	居宅サービス等	区分支給限度基準額		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
	氏名	飯能 太郎	(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	居宅介護支援事業者 若しくは介護予防支援 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	飯能地域包括支援センター 届出年月日 平成28年5月8日
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男 女	種類支給限度基準額	種類		
交付年月日	平成 28年 〇 月 〇 日	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定				届出年月日 平成 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	1 1 2 0 9 4					届出年月日 平成 年 月 日
				ケアマネジメント 依頼届出の日		届出年月日 平成 年 月 日
				介護保険施設等	種類	入所年月日 平成 年 月 日
					名称	退所年月日 平成 年 月 日
					種類	入所年月日 平成 年 月 日
					名称	退所年月日 平成 年 月 日

表1 基本チェックリストについての考え方

<p>【共通事項】</p> <p>①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。</p> <p>②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。</p> <p>③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。</p> <p>④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。</p>
--

No.	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面接せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわず昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。

	質問項目	質問項目の趣旨
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1か月以内の値を、身長は過去の測定値を記入して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	半年前に比べて固い物が食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固い物が食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1か月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。

	質問項目	質問項目の趣旨
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) 以前は楽に出来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	

介護予防・日常生活総合事業のガイドラインより

表2 サービス事業対象者に該当する基準

①	No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障)
②	No. 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	(運動機能の低下)
③	No. 11～12 の 2 項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④	No. 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	(口腔機能の低下)
⑤	No. 16～17 の 2 項目のうち No. 16 に該当	(閉じこもり)
⑥	No. 18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦	No. 21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	(うつ病の可能性)

介護予防・日常生活総合事業のガイドラインより

受付者：市・包括・居宅

受付シート

どなたのご相談ですか？（本人・家族・その他） 記入日：平成 年 月 日

ふりがな 対象者氏名		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢 歳

※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

1. 現在、介護認定を受けていますか。

受けていない

受けている ※要介護認定申請状況の確認

※①と②の両方に該当した場合は②へ

2. 窓口にご相談に来られた理由は何ですか。

- 医療機関(医師)に勧められた
- 家族が心配して・友人等に勧められて
- 足腰が弱くなってきたから
- 使いたいサービスがある
- その他

3. 生活状況について

- 歩行(歩けるか)
- 更衣(着替えができる)
- 清潔(一人でお風呂に入れる)
- 食事(一人で食事ができるか)
- 日常生活に支障がある物忘れがある

4. 使いたいサービスがありますか。

① 基本チェックリスト	② 要介護認定申請
外来通院中	入院中
できる・つかまれば可	できない
できる・一部助けが必要	できない
できる	できない
できる	できない
なし	ある
	おむつ事業
★ 訪問介護(ホームヘルプ)	通所リハビリ(デイケア)
★ 通所介護(デイサービス)	訪問看護
★	福祉用具
★	短期入所生活介護(ショートステイ)
★	住宅改修
★	施設入所

※注意
質問2～3の回答がすべて①であり、質問4★の回答が②の場合は、総合事業についてご理解いただいた上で①へ。

記入例

受付シート

受付者：市 **包括** 居宅
加治 茜

どなたのご相談ですか？(**本人** ・ 家族 ・ その他) 記入日：平成 **28** 年 **5** 月 **7** 日

ふりがな 対象者氏名	はんのう たろう 飯能 太郎	
生年月日	明治・大正・ 昭和 19 年 1 月 1 日	年 齢 71 歳

※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

1. 現在、介護認定を受けていますか。
 受けていない
 受けている ※要介護認定申請状況の確認

※①と②の両方に該当した場合は②へ

2. 窓口に相談に来られた理由は何ですか。
 医療機関(医師)に勧められた
 家族が心配して・友人等に勧められて
 足腰が弱くなってきたから
 使いたいサービスがある
 その他

3. 生活状況について
 歩行(歩けるか) できる **つかまれば可**
 更衣(着替えができる) **できる** ・ 一部助けが必要
 清潔(一人でお風呂に入れる) **できる**
 食事(一人で食事ができるか) **できる**
 日常生活に支障がある物忘れがある **なし**

4. 使いたいサービスがありますか。

	① 基本チェックリスト	② 要介護認定申請
	外来通院中	入院中
	できる つかまれば可	できない
	できる ・ 一部助けが必要	できない
	できる	できない
	できる	できない
	なし	ある
		おむつ事業
★	訪問介護(ホームヘルプ)	通所リハビリ(デイケア)
★	通所介護(デイサービス)	訪問看護
★		福祉用具
★		短期入所生活介護(ショートステイ)
★		住宅改修
★		施設入所

※注意
 質問2～3の回答がすべて①であり、質問4★の回答が②の場合は、総合事業についてご理解いただいた上で①へ。

受付者：市・包括・居宅

基本チェックリスト

被保険者番号() 記入日：平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	電話番号	()
対象者氏名					
住 所	飯能市	性別	男・女	代 理	(続柄)

あなたは、ご自分で健康だと思えますか？ あてはまるものに○をしてください。
 1)とても健康である 2)まあまあ健康である 3)ふつう 4)あまり健康でない 5)健康でない

No.	質問項目	いずれかに○をお付けください		網かけ欄の○の数
生活全般	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	
運動器関係	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	
栄養関係	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	
	BMIが18.5未満である ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 身長 cm 体重 kg BMI ()	1. はい	0. いいえ	
口腔機能	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	
閉じこもり	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	
認知症	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	
うつ関係	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	

※事務処理欄

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判定
No.	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	□介護予防・生活支援サービス事業 →裏面へ □一般介護予防事業 □要介護(支援)認定申請
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目(○をする)								

基本チェックリスト

受付者：市(包)括・居宅
加治 茜

被保険者番号(900000000) 記入日：平成 28年 5月 7日

ふりがな	はんのう たろう	明治・大正・昭和	
対象者氏名	飯能 太郎	生年月日	19年1月1日生
住 所	飯能市 双柳1-1	性別	男・女
		電話番号	(973)2111
		代理	(続柄)

あなたは、ご自分で健康だと思いますか？ あてはまるものに○をしてください。
1)とても健康である 2)まあまあ健康である 3)ふつう 4)あまり健康でない 5)健康でない

No.	質問項目	いずれかに○をお付けください		網かけ欄の○の数
生活全般	1 バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ	3
	2 日用品の買物をしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	1. いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	1. いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ	
運動器関係	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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ	
	8 15分位続けて歩いていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ	
	9 この1年間に転んだことがありますか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ	
10 転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ		
栄養関係	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	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	0
	12 BMIが18.5未満である ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 身長 cm 体重 kg BMI ()	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	
口腔機能	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	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	1
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ	
	15 口の渇きが気になりますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	
閉じこもり	16 週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	1. いいえ	1
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ	
認知症	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	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	0
	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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	
うつ関係	21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	2
	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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ	

※事務処理欄

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判定
No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 →裏面へ
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目(○をする)	○	○					○	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 要介護(支援)認定申請

状況調査連絡シート

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。(平日の昼間連絡がとれる電話番号を記入ください。)
- 2、訪問か来所相談かの日時が決まりましたら、下記(*)の調査される方にお伝えください。

連 絡 先	ふりがな 氏 名			本人との関係	
	電話番号	()			
	携帯番号	()			
状況調査の方法		包括での面談 ・ 本人自宅 ・ その他()			
訪問先住所どちらかに ○を付けてください。		本人自宅			
		その他	住 所		電話番号
状況調査日時について		希望日は特にな 曜日の希望あり：月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 時間の希望あり：午前・午後 時頃			
状況調査時に同席される方はいますか？(*)					
受診状況	病院名		医師名		
病 名					
服 薬					
特記事項					

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、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。

被保険者氏名 _____

状況調査連絡シート

記入例

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。(平日の昼間連絡がとれる電話番号を記入ください。)
- 2、訪問か来所相談かの日時が決まりましたら、下記(*)の調査される方にお伝えください。

連絡先	ふりがな氏名	はんのう たろう 飯能 太郎		本人との関係	本人
	電話番号	(973) 2111			
	携帯番号	()			
状況調査の方法		包括での面談 ・ 本人自宅 ・ その他()			
訪問先住所どちらかに○を付けてください。		本人自宅			
		その他	住所		電話番号
状況調査日時について		希望日は特でない 曜日の希望あり：月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 時間の希望あり ：午前 午後 時頃			
状況調査時に同席される方はいますか？(*)		長女 (岩沢 花子)			
受診状況	病院名	東飯能病院		医師名	埼玉 一郎
病名	脳梗塞 (平成25年11月発症) 高血圧				
服薬	プラビックス錠75mg、シルニジピン酸5mg、イルベタン錠100mg カルベジロール錠10mg、プラバスタチンNa錠5mg ランソプラゾールOD錠15mg				
特記事項	近所に長女家族が住んでいる。 脳梗塞後、服薬にて経過をみている。後遺症としての麻痺はほとんどないが、 外出時は杖を使用している。				

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、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。

被保険者氏名 飯能 太郎

介護予防サービス計画作成・介護予防マネジメント依頼(変更)届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
生 年 月 日		性 別	
明・大・昭 年 月 日		男・女	
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業所 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地		〒
飯能市地域包括支援センター	飯能市		
		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所 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地		〒
		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事由等 ※変更する場合のみ記入して下さい。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
飯能市長 様 上記の介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画の作成又は介護 予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 平成 年 月 日 住所 飯能市 電話番号 () 被保険者 氏名			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号		

- (注意)
- この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに飯能市へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しく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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず飯能市は届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
 - 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。