

下関市介護予防・生活支援サービス事業

利用手続きマニュアル

下関市福祉部長寿支援課

平成30年9月

※ この資料は、「総合事業」の概要や、当該事業に関する本市の現時点の考え方などを示したのですが、状況の変化により変更することがあります。

※ 追加・修正等の項目は赤字で掲載しています。

1 介護予防・生活支援サービス事業

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。)

事業の種類	内容
訪問型サービス	掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供する
通所型サービス	機能訓練など日常生活上の支援を提供する
その他の生活支援サービス	栄養改善を目的とした配食を提供する
介護予防ケアマネジメント	総合事業のサービス等を適切に提供できるよう支援する

2) 介護予防・生活支援サービス事業の対象者

要支援認定者及び事業対象者 (以下「要支援者等」という。) とします。

2 事業対象者

65歳以上で次の項目に該当し、サービス事業の利用が必要な方 とします。

- 1) 【新規の相談】支援が必要ということで長寿支援課・地域包括支援センターに相談し、基本チェックリストの基準項目に該当する方
- 2) 要介護・要支援認定の更新をしないで、有効期間満了前に基本チェックリストの基準項目に該当する方 (基本チェックリストの様式等はP9～P13 参照)
- 3) 要介護・要支援認定などの申請を行った結果「非該当」と認定されたが、基本チェックリストの基準項目に該当する方

※ 40～64歳の第2号被保険者が、サービス事業を利用するには、要支援認定が必要です。

※サービスの利用がない期間が、6か月生じたときは、地域包括支援センターの職員が改めて基本チェックリストを実施して事業対象者であることを確認します。

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 (P14)	基本チェックリスト (P12)
新規	長寿支援課・ 地域包括支援センター	△	○
要介護・要支援認定の有効期間満了前に事業対象者として 手続する場合	地域包括支援センター (一部、居宅介護支援事業所)	△	○
要介護・要支援認定で非該当 と認定された場合	地域包括支援センター	×	○

△は、必須ではありませんが、活用すると、わかりやすいシートです。

※基本チェックリストが非該当の場合で、サービス利用が必要な方については、要介護・要支援認定の更新申請を検討します。

3 事業対象者の有効期間

事業対象者に有効期間は設定しません。

4 窓口での相談受付

以下、「図1 下関市介護予防・生活支援サービスの利用手続き」フローチャート (P8) と照らし合わせてください。

1) 相談窓口は、長寿支援課・地域包括支援センターとします。

- ・相談窓口で、相談を受け、被保険者の状態に応じて、一般介護予防事業を勧めるか、生活機能の低下が疑われるときは基本チェックリストを実施してサービス事業の利用を勧めるかを判断します。本人の状態等が悪い時は、要介護・要支援認定申請を勧めることも検討します。
- ・初回のサービス事業利用の手続きは、原則、本人が、長寿支援課・地域包括支援センターの窓口に来庁・来所して行います。
- ・本人が来所できない（相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所等に基づき、本人の状況や相談の目的を聞き取ります。事業対象者の確認には、地域包括支援センターが本人と面接をし、基本チェックリストを実施します。
- ・長寿支援課・地域包括支援センターは、受付シート (P14)、基本チェックリスト (P12) で本人の状況を確認し、事業の説明を行い、適切なサービス利用につなぎます。

※居宅介護支援事業所が、サービス事業利用の新規相談を受けた場合は、担当する地域包括支援センターにつながります。

2) 相談においては、受付シート (P14) と基本チェックリスト (P12) を活用します。

【参考】 受付シートについて (P14)

(必須ではありませんが、活用するとわかりやすいシートです。)

＜受付シートの目的＞

相談者のニーズに対して、基本チェックリストを実施してサービス事業の利用を勧めるか、または、要介護・要支援認定申請を勧めるかを判断します。

＜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聞き取ります。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

年齢が40～64歳の第2号被保険者がサービス事業を必要とする場合は、要介護・要支援認定が必要です。

2. 要介護・要支援認定申請状況を確認

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ます。

既に要介護・要支援認定がある場合は、その有効期間については、事業対象者の登録は行いません。

要支援認定者の希望によりサービス事業を利用する場合は、認定有効期間はそのまま利用できます。有効期間満了前に要支援認定更新申請をするか、基本チェックリストをするかを選択します。

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

要介護・要支援認定申請を勧め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

質問2 質問3 質問4の回答がすべて①の枠にある場合は基本チェックリストを、回答が1つでも②の枠の中にある場合は要介護・要支援認定申請を勧めます。

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、心身の状態が軽い方で、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、理解を得られた場合は基本チェックリストを勧め、事業対象者に該当したらサービス事業につながります。

※受付シートは、必要時に実施します。寝たきり状態、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場合は、要介護・要支援認定申請を勧め、基本チェックリストの実施が明らかに必要ない場合は実施しません。

※介護保険のサービスを強く希望する場合、要介護・要支援認定申請は妨げません。

※相談者は、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聞き取りが事務的にならないように留意します。

5 基本チェックリストの活用と実施 (P12)

＜基本チェックリストの手順＞

一般介護予防事業でなく、サービス事業が必要な方に実施します。

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 事業対象者に該当する基準」(P9～11)を参照してください。

- 1) 表1の質問項目の趣旨を説明しながら、本人が記入できる場合は本人に記入してもらいます。(本人の主観でチェックした内容が心身機能と合致したものであるか見極めます。)
- 2) 相談窓口担当者が、それぞれの質問事項ごとに、網掛け(P12)に該当する数を記入します。
- 3) 「表2 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○をつけて判定を記入します。
- 4) 次の該当状況に応じ、それぞれ対応します。

基準に一つでも該当

事業対象者となります。必要時、基本チェックリスト裏面の状況調査連絡シート(P16)を記入します。

基準に一つも該当しない

一般介護予防事業(介護予防教室・高齢者健康づくり活動住民グループ・いきいき百歳体操)等を勧めます。地域包括支援センターに相談します。

基準に多数該当

(受付シートで聞き取った内容も併せ)必要と思われる場合には、**要介護・要支援認定申請**を勧めます。

※基本チェックリストを実施し、サービス事業へと振り分けを行った場合は次の項目の説明をします。

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. 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・要支援認定申請が可能であること。

※要支援等認定有効期間が切れる前に、更新申請を行わずに事業対象者の手続きを行う場合、基本チェックリストの実施は要支援等有効期間が残りの3か月となった時点以降とし、手続きに必要な書類を長寿支援課 支援係に提出するのは、要支援等有効期間が残り2か月となった時点以降とします。

6 事業対象者の届出

サービス事業を利用するに際しては、地域包括支援センターが次の必要な書類を添えて長寿支援課に提出します。居宅介護支援事業所が委託を受けてケアプランを作成している場合で、要介護・要支援認定の更新申請をせずに事業対象者の手続きをする場合は、居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターに手続きすることを連絡した上で、直接、長寿支援課に提出することも可能とします。

【必要な書類】

- ①実施済みの基本チェックリスト(裏面：状況調査連絡シートは、必要時使用)
- ②介護保険被保険者証
- ③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(以下「居宅届」という。)

※ 様式については、各項目の記載があれば、これまで利用していた様式の利用も可能です。不足している項目については、手書きでの追記も可能です。

【参考】届出先

- 事業対象者 → 長寿支援課 支援係
要支援認定者 → 介護保険課 給付係 ②と③のみ提出

7 事業対象者への対応 (相談窓口ごとの対応まとめ)

相談窓口が長寿支援課の場合

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を事業対象者に記入してもらいます。また、居宅届を提出してもらいます。

- ① 長寿支援課は、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターが行うこと、アセスメントの際に地域包括支援センターが訪問することを事業対象者に説明します。
- ② 長寿支援課は、迅速に地域包括支援センターに連絡を入れます。
- ③ 地域包括支援センターは、長寿支援課から連絡を受けたら、可能な限りその日のうちに介護予防ケアマネジメントの依頼を確かに受付けた事を事業対象者へ連絡します。

※住所地と居住地が異なる場合は、長寿支援課が、住所地と居住地を担当する地域包括支援センターに連絡します。

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)職員が訪問することを説明します。
- 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(P16)を事業対象者に記入してもらいます。また、居宅届を記入してもらいます。
- ③地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)は、長寿支援課へ次の必要な書類を添え

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。

※居宅介護支援事業所が委託を受けてケアプランを作成している場合で、要介護・要支援認定の更新申請をせずに事業対象者の手続きをする場合、居宅介護支援事業所が事業対象者登録時の基本チェックリストを行うことができます。

※その場合、実施前に、地域包括支援センターに連絡が必要です。

【必要な書類】

- ・基本チェックリスト (P12) (裏面：状況調査連絡シート(必要時使用) (P16))
- ・介護保険被保険者証
- ・居宅届

居宅届の提出を受けたら

①長寿支援課は、居宅届の提出を受けたら受給者台帳に登録し、介護保険被保険者証を発行します。届出受理後1週間程度で介護保険被保険者証を事業対象者へ発送します。

②事業対象者が、要介護・要支援認定申請を行い、介護保険の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します。暫定プランを利用しない場合は、認定結果が出るまでは事業対象者として取扱います。(ただし、暫定プランによる介護給付サービスを利用する場合は、並行してサービス事業を利用することはできません。)

8 要支援認定者への対応

- 1) サービス利用が必要な要支援認定者は、担当の地域包括支援センターに相談してもらいます。
- 2) サービス事業のみ利用の場合は、介護予防ケアマネジメントによる計画作成後、利用開始となります。

予防給付も利用する場合は、介護予防支援による計画作成後、サービスの利用開始となります。

	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	総合事業の介護予防ケアマネジメント	介護保険の予防給付による介護予防支援	
事業対象者 (基本チェックリスト該当者)		—	—

9 要介護・要支援認定で非該当となった方への対応

要介護・要支援認定で非該当となったがサービス事業の利用が必要な場合は、地域包括支援センターに相談します。

適宜、総合事業の説明と基本チェックリストを行い、必要な事業につなぎます。

10 介護予防ケアマネジメントからサービス利用まで

指定事業所によるサービス事業は、地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）において介護予防ケアマネジメントを実施したうえでサービス利用開始となります。

図1 下関市介護予防・生活支援サービスの利用手続き

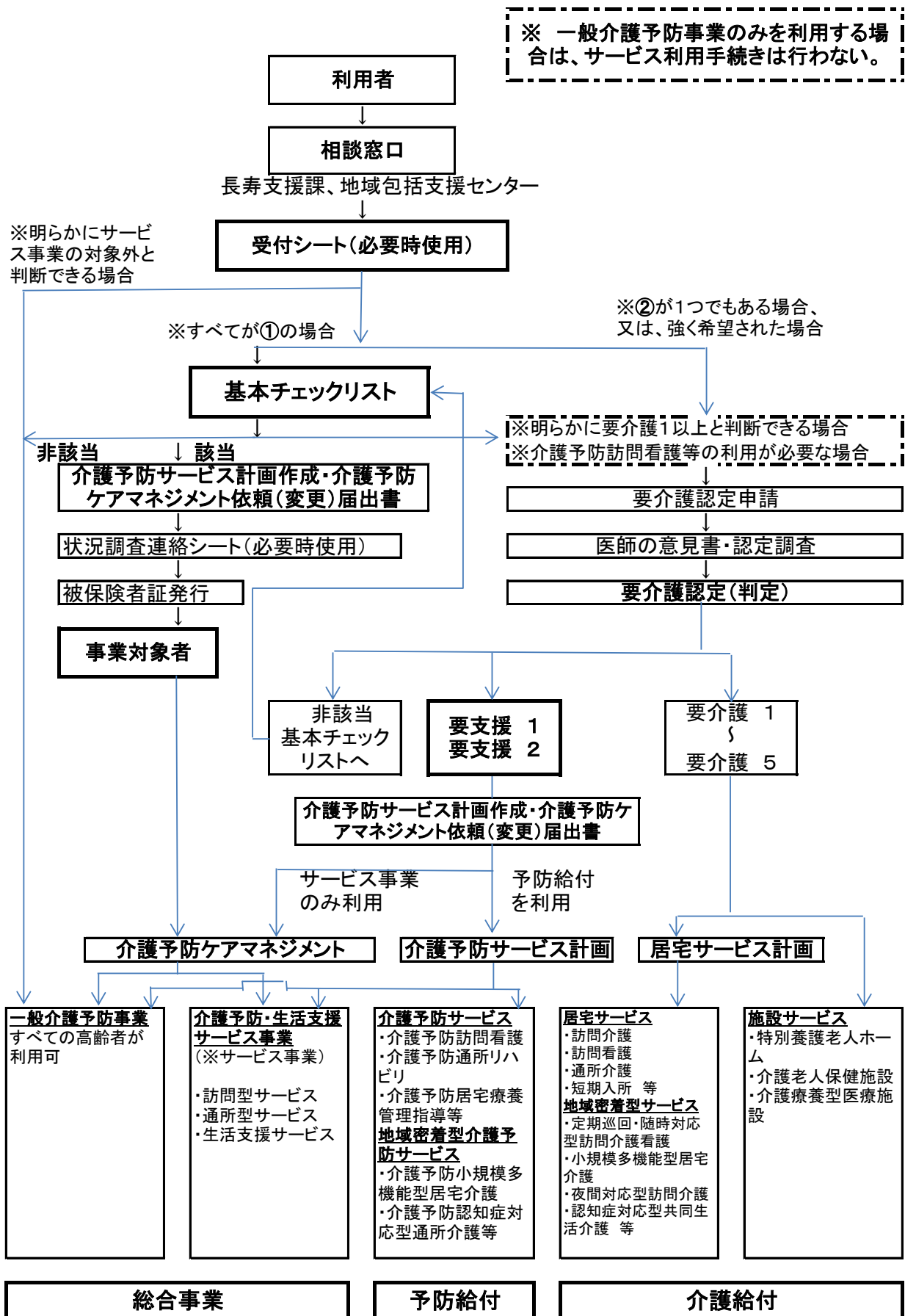


表1 基本チェックリストについての考え方

<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。面談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に昇っていますか	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分くらい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。

NO	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ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヶ月間で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カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載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ものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いもの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ものが食べにくく、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	口の渴きが気になりますか	口の中の渴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カ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、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となりません。
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。

NO	質問項目	質問項目の趣旨
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。
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	

表2 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)

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		電話番号	()
対象者氏名			年 月 日生			
住 所	下関市	性別	男・女	代 理	(続柄)	
居住地						

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)健康ではない

	NO.	質問事項	いずれかに○をお付け下さい			網掛け欄 ○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分くらい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	
	12	身長 cm 体重 kg (注)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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	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	
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	

(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

推奨 介護予防プログラム

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防・支援	認知症予防・支援	うつ予防・支援
/5	/2	/3	/2	/3	/5

記入例

基本チェックリスト

被保険者番号(900000000)

記入日:平成 29年 4月 1日

ふりがな	しものせき たろう	生年月日	明治・大正・昭和	電話番号	
対象者氏名	下関 太郎	19年 1月 1日生		(231)1111	
住 所	下関市南部町1-1	性別	男・女	代 理	(続柄)
居 住 地	下関市豊浦町大字川棚6895-1				

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)健康ではない

NO.	質問事項	いずれかに○をお付け下さい			網掛け欄 ○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. <u>いいえ</u>	3
	2 日用品の買物をしていますか	0.	<u>はい</u>	1. <u>いいえ</u>	
	3 預貯金の出し入れをしていますか	0.	<u>はい</u>	1. <u>いいえ</u>	
	4 友人の家を訪ねていますか	0.	はい	1. <u>いいえ</u>	
	5 家族や友人の相談にのっていますか	0.	はい	1. <u>いいえ</u>	
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. <u>いいえ</u>	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. <u>いいえ</u>	
	8 15分くらい続けて歩いていますか	0.	はい	1. <u>いいえ</u>	
	9 この1年間に転んだことがありますか	1.	<u>はい</u>	0. <u>いいえ</u>	
	10 転倒に対する不安は大きいですか	1.	<u>はい</u>	0. <u>いいえ</u>	
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. <u>いいえ</u>	0
	12 身長 cm 体重 kg (注)BMI	1.	はい	0. <u>いいえ</u>	
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. <u>いいえ</u>	1
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1.	<u>はい</u>	0. <u>いいえ</u>	
	15 口の渇きが気になりますか	1.	はい	0. <u>いいえ</u>	
閉じこもり	16 週に1回以上外出していますか	0.	<u>はい</u>	1. <u>いいえ</u>	1
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.	<u>はい</u>	0. <u>いいえ</u>	
認知症	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われますか	1.	はい	0. <u>いいえ</u>	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	0.	<u>はい</u>	1. <u>いいえ</u>	
	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. <u>いいえ</u>	
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. <u>いいえ</u>	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	1.	<u>はい</u>	0. <u>いいえ</u>	
	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.	<u>はい</u>	0. <u>いいえ</u>	
	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. <u>いいえ</u>	
	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. <u>いいえ</u>	

(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

推奨 介護予防プログラム

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防・支援	認知症予防・支援	うつ予防・支援
<u>5</u> / 5	0 / 2	1 / 3	1 / 2	0 / 3	<u>2</u> / 5

受付シート(必要時使用)

長寿支援課 地域包括支援センター名 居宅介護支援事業所名 受付者

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

質問1. 現在介護認定を受けていますか。※要介護認定申請状況の確認

- () 受けていない
- () 受けている(認定期間 年 月～ 年 月)
- () 申請中 (申請日 年 月 日)

※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

※ ①と②の両方に該当した場合は②へ

① 基本チェックリスト	② 要介護・要支援認定申請
外来通院中 (質問2の状況をご記入ください)	入院中 (質問2の状況をご記入ください)
できる・つかまれば可 できる・一部助けが必要 できる できる なし	できない できない できない できない ある
☆ 訪問介護(ホームヘルプ) ☆ 通所介護(デイサービス) ☆ 生活支援サービスの配食	☆ 通所リハビリ(デイケア) ☆ 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

質問2. 窓口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

質問3. 生活状況について

- 歩行(歩けるか)
- 更衣(着替えができるか)
- 清潔(一人でお風呂に入れるか)
- 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

質問4. 使いたいサービスがありますか。

※ 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。(質問4☆の②のサービスを利用
 するためには、要支援認定が必要
 です。)

記入例

受付シート(必要時使用)

本庁東部地域包括支援センター

受付者 南部 花子

どなたのご相談ですか？(本)・家族・その他) 記入日:平成29年 4月 1日

ふりがな 対象者氏名	しものせき たろう 下 関 太 郎	
生 年 月 日	明 治 ・ 大 正 <u>昭 和</u> 19 年 1 月 1 日	年 齢 73 歳

質問1. 現在介護認定を受けていますか。※要介護認定申請状況の確認

- (○) 受けていない
 () 受けている(認定期間 年 月～ 年 月)
 () 申請中 (申請日 年 月 日)

※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

※ ①と②の両方に該当した場合は②へ

質問2. 窓口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

質問3. 生活状況について

- 歩行(歩けるか)
 更衣(着替えができるか)
 清潔(一人でお風呂に入れるか)
 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

① 基本チェックリスト	② 要介護・要支援認定申請
外来通院中 (質問2の状況をご記入ください)	入院中 (質問2の状況をご記入ください)
できる <u>つかまれば可</u>	できない
<u>できる</u> 一部助けが必要	できない
<u>できる</u>	できない
<u>できる</u>	できない
<u>なし</u>	ある
☆ 訪問介護(ホームヘルプ)	☆ 通所リハビリ(デイケア)
☆ <u>通所介護(デイサービス)</u>	☆ 訪問看護
☆ 生活支援サービスの配食	☆ 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

質問4. 使いたいサービスがありますか。

※ 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。(質問4☆の②のサービスを利用
 するためには、要支援認定が必要
 です。)

状況調査連絡シート(必要時使用)

記入上の注意点

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。)

連絡先	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			
	訪問先		電話番号	
状況調査日時について	希望日は特に無い 曜日の希望有り：月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 時間の希望有り：午前・午後 時頃			
状況調査日に同席される 方がいれば記入してくだ さい。				
受診状況	病院名		医師名	
病名				
服薬				
特記事項				

状況調査連絡シート(必要時使用)

記入例

記入上の注意点

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。)

連絡先	氏名	下関 太郎	本人との関係	本人
	電話番号	(231)1111		
	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。	住所	本人自宅 その他		
	住所			
	訪問先		電話番号	
状況調査日時について	希望日は特に無い 曜日の希望有り：月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 時間の希望有り：午前・午後 時頃			
状況調査日に同席される方がいれば記入してください。	下関 花子(長女) 電話番号 111-1111			
受診状況	病院名	東下関病院	医師名	山口 一郎
病名	脳梗塞			
服薬	プラビックス錠、シルニジピン錠、イルベタン錠			
特記事項	近所に長女家族が住んでいる。 外出時は杖を使用している。			