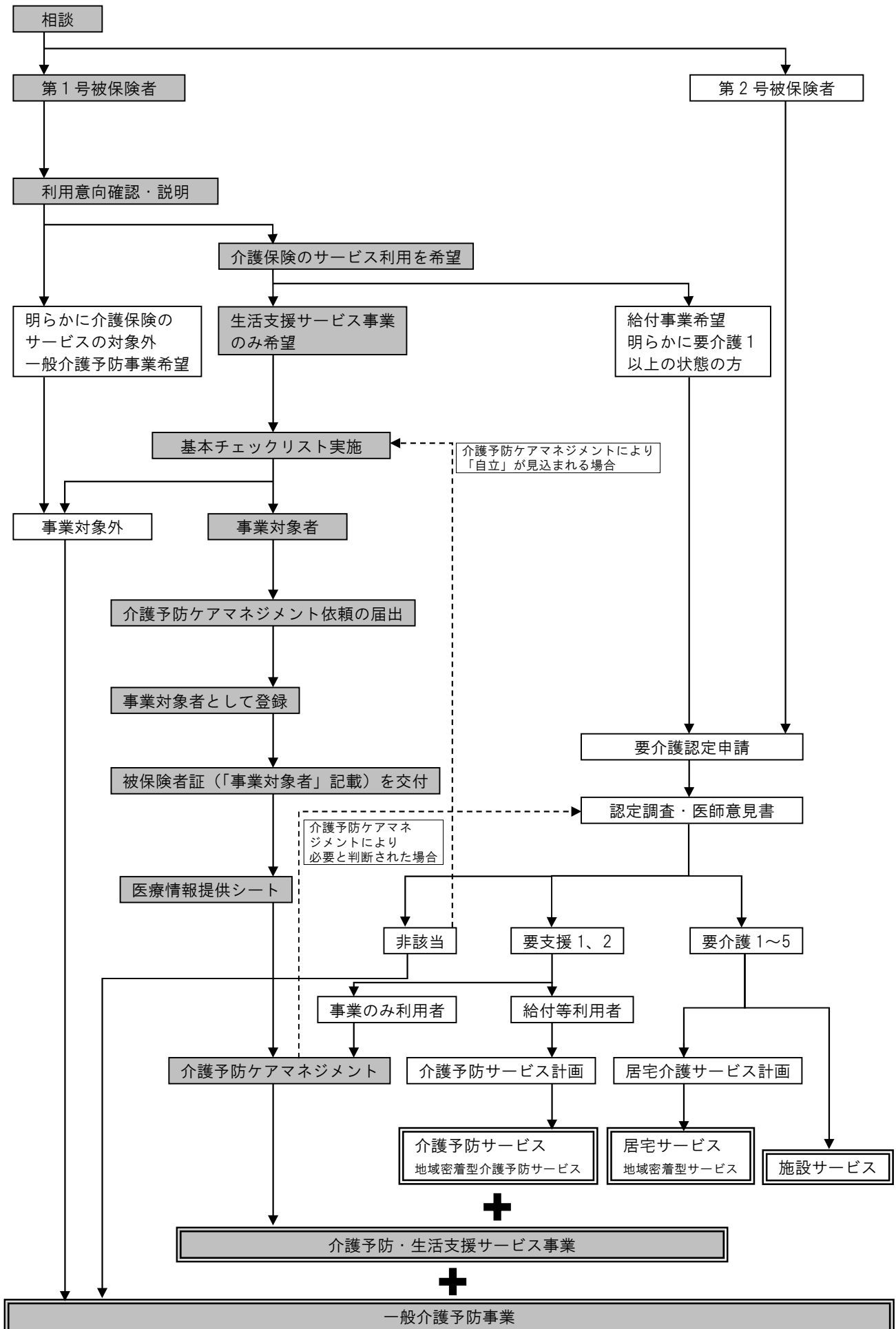


様式集

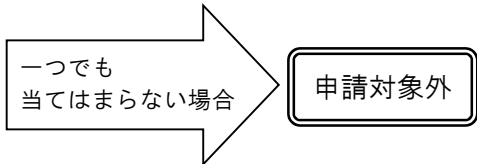
「サービス利用の流れ（全体）」



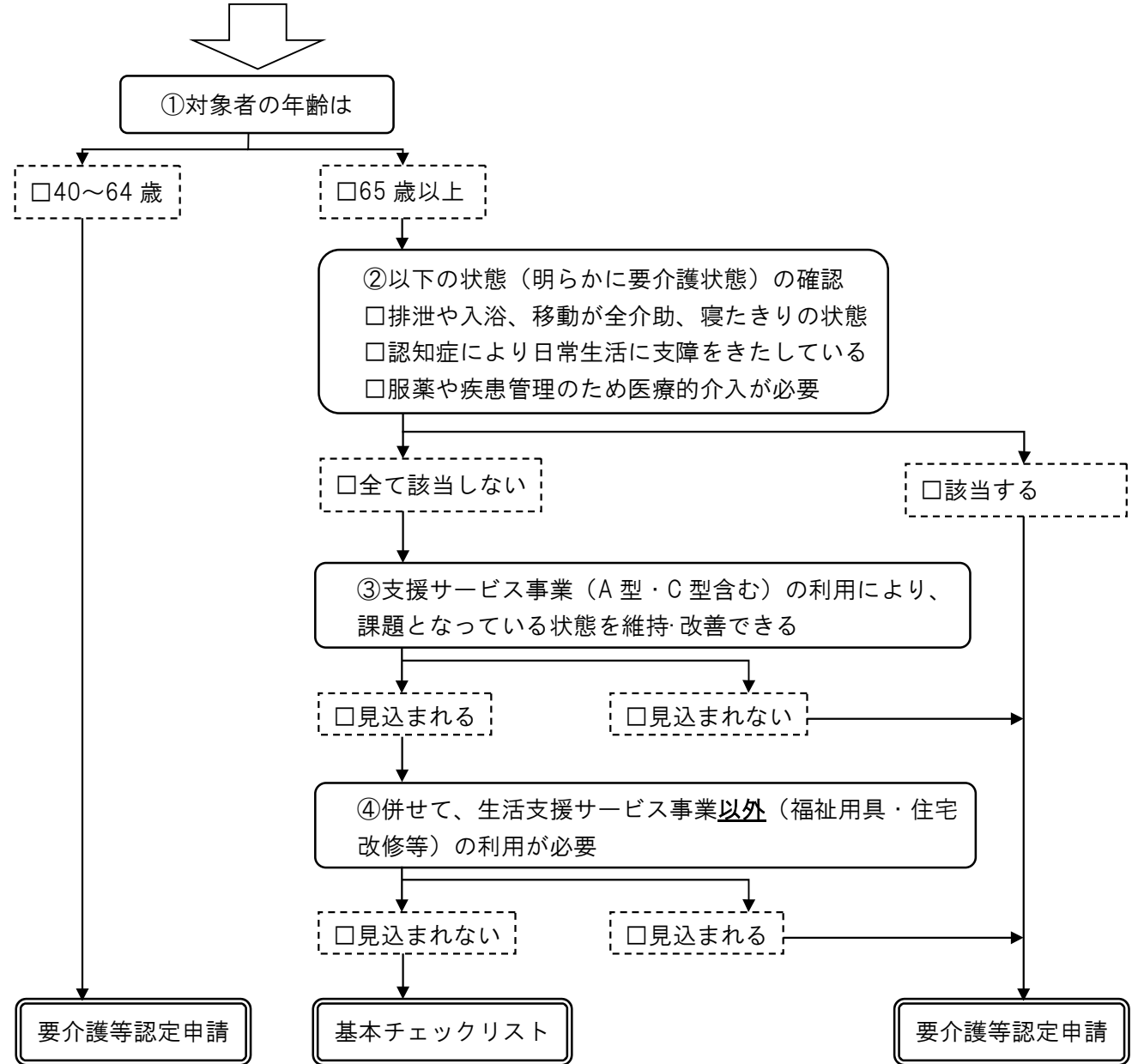
【介護予防・生活支援サービス事業の申請フロー図】

- 介護保険制度の理念・目的、サービスの内容、手続き方法（基本チェックリストによる判断が加わったこと）の説明
- 生活支援サービス事業も介護予防給付と同様、要支援状態の方が、その状態を改善・維持・重症化予防するための事業であることを説明
- 本人が目標をたて、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、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明

- (介護保険給付のサービス及び生活支援サービス事業の対象者の前提)
- 介護や支援が必要な状態である
 - 1か月以内の介護保険のサービスを利用（予定・希望）している
 - 状態が安定している（急性期ではない）
 - (入院している場合) 退院が概ね1か月以内



全て当てはまる場合



<備考>

- サービスの利用は、介護予防ケアマネジメント後のプランに基づいて利用することを説明。
- サービスの利用後も、必要な時には要介護認定等の申請が可能であることを説明。

※このフロー図により基本チェックリストの対象となっても、要介護等認定申請を行うことは可能です。本人の心身の状況等を勘案して判断してください。

介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

宮崎市長殿

宮崎市介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号					申請年月日	平成	年	月	日	
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名										年齢・性別
	住所	〒 - 電話番号									
	被保険者証の添付	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他 ())									
	現在(前回)の認定等	要介護・要支援 状態区分等 (該当する区分に☑)		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 初回							
有効期間	平成 年 月 日 から 年 月 日 まで										

緊 急 連 絡 先	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所	〒 - 電話番号			

同 意 欄	1 介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)の利用に係る計画の作成のために必要があるときは、基本チェックリストの記載内容や介護予防ケアマネジメントの内容等の関係資料を、宮崎市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び総合事業実施事業者、介護給付及び介護予防給付のサービス事業者に情報提供することに同意します。	
	2 総合事業の適切な運営のために必要があるときは、この事業にかかる個人の情報について統計処理することについて同意します。	
	氏名	

宮崎市記入欄						
被保険者証	未・済	入力等				備考
		総担	入力	サ係	総担	
基本チェックリスト	未・済					
介護予防ケアマネジメント届出書	未・済					
生活支援サービス事業申請連絡票	未・済					
		①	資格証		②	被保証

介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

様式3-1

宮崎市長 殿

宮崎市介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	<input type="text"/>	申請年月日	年	月	日	
	フリガナ	<input type="text"/>	生年月日	大・昭	年	月	日
	氏名	<input type="text"/>	年齢・性別	(<input type="text"/> 歳)	男	・	女
	住所	<input type="text"/>		電話番号			
	被保険者証の添付	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他 (<input type="text"/>)]					

緊 急 連 絡 先	フリガナ	<input type="text"/>	続柄	<input type="text"/>
	氏名	<input type="text"/>		
	住所	<input type="text"/>		電話番号

必 要 と す る 支 援	この期間で維持・改善を目指す課題		医療的介入の必要性			
	A D L	<input type="checkbox"/> 室内歩行	I A D L	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ ※有の場合は注意が必要 予防給付サービスの必要性
		<input type="checkbox"/> 屋外歩行		<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 金銭管理	
		<input type="checkbox"/> 外出頻度		<input type="checkbox"/> 買物	<input type="checkbox"/> 電話	
<input type="checkbox"/> 排泄		<input type="checkbox"/> 調理		<input type="checkbox"/> 社会参加	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ ※有の場合は申請不可	
<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 整理	<input type="checkbox"/> ごみ出し				
<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 通院					
<input type="checkbox"/> 着脱衣						

主 治 医 ・ 指 定 医	区分	下記の該当する項目に○をしてください。		
		1. 主治医(かかりつけの医師がいる)		2. 主治医がない(指定医)
	医療機関名	<input type="text"/>	フリガナ 主治医氏名	<input type="text"/>
	所在地	<input type="text"/>		電話番号

情 報 提 供 同 意 欄	1 介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)の利用に係る計画を作成するために必要なときは、基本チェックリストの記載内容や介護予防ケアマネジメントの内容、医療情報提供シート等の関係資料を、宮崎市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び総合事業実施事業者、介護給付及び介護予防給付のサービス事業者若しくは医療情報提供シート等を記載した医師若しくは宮崎市自立支援型地域ケア会議に出席した者に情報提供することに同意します。 2 総合事業の適切な運営のために必要なときは、この事業にかかる個人の情報について統計処理することについて同意します。
	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 40px;">氏名</td> </tr> </table>
氏名	

宮崎市内記入欄			
<input type="checkbox"/> 介護予防アセスメント[1][2]	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新		備考
<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント届出書	資格証	医療情報 説明	
<input type="checkbox"/> 利用者基本情報(更新は必須)		送付	
<input type="checkbox"/> 生活機能評価(更新は必須)	被保険者証		
<input type="checkbox"/> 医療情報提供申請書(後日で可)			

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

記入日：平成 年 月 日 ()

氏名		住 所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	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	日用品の買い物をしていますか	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 (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

① 様式第一の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No.12 に限る。) とは、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が 18.5 未満の場合をいう。

介護予防のアセスメント [1] 基本チェックリスト

氏名	(ふりがな)	調査日	事前	
			事後	

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
運動機能	6	階段や手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
	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:少し時々 2:いいえ			運	生
	8	15分位続けて歩いていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	社
	9	この一年間に転んだことがありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			運	健
栄養改善	10	転倒に対する不安は大きいですか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			運	社
	11	6ヵ月で2~3kg以上の体重減少がありましたか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
	12	事前 身長 cm 体重 kg =BMI 事後 身長 cm 体重 kg =BMI				健	生
	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
口腔機能	14	お茶や汁等でむせることがありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
	15	口の渇きが気になりますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
閉じこもり	16	週一回以上外出していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			社	生
認知機能	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	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	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:少し時々 2:いいえ			健	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	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	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	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 感じる	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
合計(点数)							

※ 課題領域 : (運) 動・移動, 日常 (生) 活, (社) 会参加・対人交流, (健) 康管理・療養, (他) の課題 (ものわずれ・うつ・経済・支援利用)
 ※ 副領域は “ 予防サービス・支援計画書 ” 作成の際の参考とする

介護予防のアセスメント [2] 追加項目

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	社
	3	ズボン、スカートを立ったまま、支えなしではけますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
栄養 食生活	4	食事の用意をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	5	定期的に3食とっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	6	主食・主菜（肉・魚・卵・乳製品、大豆製品）・副菜をとっていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
寝具管理	7	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	9	寝間着や肌着の着替えができますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
排泄	12	排泄に関する心配がありませんか（尿もれ、便秘、下痢）	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	社
口腔	13	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
	14	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
洗濯・掃除	15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
	16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
認知	18	火の始末や戸締りはできますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	22	家庭の事で決まった仕事や役割がありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	他
健康管理	24	催し物や地域の活動などに参加しますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	他
	25	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	26	薬はきちんと飲んでいますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
うつ	28	散歩や体操を（週1回以上）していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	運
	29	十分な睡眠はとれていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他

* すべての行為ができていれば「はい」ひとつでも欠けていれば「少し・時々」すべてできていなければ「いいえ」

合計(点数)

総合計(点数)

		事前	事後
主領域合計	運動		
	生活		
	社会		
	健康		
総合計			

生活機能評価

【和光市様式】宮崎市



氏名	(ふりがな)	性別	調査日	事前	
					事後

		事前	事後	備考
A D L	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄			
	食事			
	入浴			
	着脱衣			
I A D L	掃除			
	洗濯			
	買物			
	調理			
	整理			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
	社会参加			

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

様式第1号

医療情報提供シート

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	被保険者番号
	大・昭 年 月 日生 (歳)		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

医師氏名 _____ 医療機関名 _____

電話 () _____ FAX () _____

1. 傷病に関する意見

(1) 最終診察日 年 月 日

(2) 診断名(生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日

1.	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2.	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3.	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

(3) 症状としての安定性 安定 不安定 不明 悪化
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(4) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの]についてはその診断の根拠等について記入)

2. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 栄養・食生活・口腔機能

- ・現在の栄養状態 良好 不良
- ・現在の食生活 良好 不良
- ・現在の歯の状態 良好 不良
- ・現在の嚥下機能の状態 良好 不良

→栄養・食生活・口腔機能の留意点 ()

(2) 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・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他()

→現状、今後の予測 ()

→対処方針 ()

(3) 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

(4) 運動プログラム提供時における医学的観点からの留意点

- 心疾患、不整脈を指摘されている
- 慢性閉塞性肺疾患を指摘されている
- 認知機能低下により、参加が困難
- その他、運動の制限や除外が必要と判断する疾患等がある
- 高血圧を指摘されている
- 骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折の既往がある
- 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある

→ある場合の具体的な内容 ()

[具体的な留意事項]

[禁忌事項]

3. 特記すべき事項

介護予防サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等について記載ください。処方薬に対する留意事項や、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載ください。申請者に対する包括的支援を提供するため、栄養・貧血状態、血糖、腎機能等に関する血液データがあればご恵みいただけると幸いです。

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

	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。
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ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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ヵ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	口の渇きが気になりますか	口の中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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	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。
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	

担当課	
-----	--

月 日

地区番号	様式5
------	-----

新規 更新申請用 介護予防・生活支援サービス事業申請連絡票

1. 連絡者

事業所名		担当者		連絡先	
------	--	-----	--	-----	--

2. 申請者情報

被保険者番号								氏名

3. 利用中または希望するサービス

<input type="checkbox"/> 1か月以内にサービスを利用する予定がない	→ 利用する際に申請してください
<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービスからの移行	→ 認定申請を行ってください
【介護予防事業のサービス】※希望するサービスとしては選択できません	
<input type="checkbox"/> ホームヘルプ	事業所名 { } 連絡先 { }
<input type="checkbox"/> デイサービス	事業所名 { } 連絡先 { }
【総合事業のサービス】	
<input type="checkbox"/> 介護予防型訪問サービス(旧介護予防事業のホームヘルプに相当する訪問型サービス)	事業所名 { } 連絡先 { }
<input type="checkbox"/> 訪問型家事援助サービス(サービス提供者の資格が緩和された訪問型サービス(いわゆるサービスA))	事業所名 { } 連絡先 { }
<input type="checkbox"/> 介護予防型通所サービス(旧介護予防通所のデイサービスに相当する通所型サービス)	事業所名 { } 連絡先 { }
<input type="checkbox"/> 通所型短期集中サービス(専門職が3~6か月間、集中的支援を行う通所型サービス(いわゆるサービスC))	事業所名 { } 連絡先 { }
<input type="checkbox"/> それ以外の介護予防サービスを希望する	→ 認定申請を行ってください

4. 本人の状況等 ※網掛け部分に該当する場合は注意が必要です

被保険者の区分	<input type="checkbox"/> 1号被保険者	<input type="checkbox"/> 2号被保険者	→認定申請を行ってください
主な病名			
医療的介入	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要	→認定申請を行ってください
※本人の状態について、該当する項目にチェックしてください。 (網掛け部分に該当する場合は、認定申請の必要性についてご検討ください)			
屋内での移動	<input type="checkbox"/> ①独歩 <input type="checkbox"/> ②伝い歩き(杖、歩行器、手引き等)	<input type="checkbox"/> ①②以上の介助が必要	
屋外での移動	<input type="checkbox"/> ①独歩 <input type="checkbox"/> ②伝い歩き(杖、歩行器、手引き等)	<input type="checkbox"/> ①②以上の介助が必要	
洗身	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②一部介助	<input type="checkbox"/> ①②以上の介助が必要	
排泄	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②一部介助	<input type="checkbox"/> ①②以上の介助が必要	
認知症	<input type="checkbox"/> ①症状なし <input type="checkbox"/> ②同じ話をする <input type="checkbox"/> ③物忘れ	<input type="checkbox"/> ①②③以上の状態	
掃除	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②一部介助 <input type="checkbox"/> ③全介助		
洗濯	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②一部介助 <input type="checkbox"/> ③全介助		
調理	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②一部介助 <input type="checkbox"/> ③全介助		
急性期の確認	急性期(状態が安定しておらず基本チェックリストの結果が不正確な時期)ではないことを確認しました。 <input type="checkbox"/> はい		

居宅(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

受付印

◆被保険者情報			
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
対象区分	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定者 <input type="checkbox"/> 事業対象者 ※該当を■にしてください。		
介護認定状態	<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 認定あり ※該当を■にしてください。		
◆届出区分			
1. 新規 <input type="checkbox"/> 転入者 ※転入の場合は■にしてください。			
2. 変更 事業所を変更する場合の理由→			
◆依頼(開始)年月日 (いつからのサービス計画作成、又は介護予防ケアマネジメントを依頼するのか) _____ 年 月 日から			
◆居宅(介護予防)サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメント依頼(変更)する事業者			
事業所名		事業所番号	
		電話番号 () -	
◆法115条の23第3項により介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 又は法115条の47第5項により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者			
委託事業者の事業所名		一部委託事業所番号	
		電話番号 () -	
◆小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無 ※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。			
1. 居宅サービスの利用無し			
2. 居宅サービスの利用有り 利用した居宅サービス→			
宮崎市長様			
上記のとおり居宅(介護予防)サービス計画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ます。			
年 月 日			
申請者 住所		電話番号 () -	
氏名		被保険者との続柄 ()	

注意: 1. この届出書は、要介護(要支援)認定の申請時、若しくは、居宅(介護予防)サービス計画作成や介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに宮崎市へ提出してください。届出のない場合、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。

2. 小規模多機能型居宅介護と介護予防小規模多機能型居宅介護の間の変更があり、事業所を変更しない場合についても、この「届出書」を提出してください。

3. 要支援認定者又はサービス事業対象者が住所地特例対象施設へ入居した場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

【宮崎市記入欄】

審査会予定日	年 月 日	入力	年 月 日	回収 済
認定区分	事業対象者・12・13・21・22・23・24・25	交付	手渡・郵送(住所・送付先)・認定審査係	
基本チェックリスト実施日	年 月 日		年 月 日	
総合事業対象者登録日	年 月 日		入力のみ(死亡・更新中)	

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・2		
	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・ 総合事業 情報	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) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
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、住宅改修の有無など]			
経済状況	[国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護など]			
来所者 (相談者)			家族構成 <small>◎=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)</small>	
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	

《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、基本チェックリスト記入内容、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、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別（男・女）記入日：H____年____月____日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業所・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（家賃）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）	総合的課題	課題に対する目標と具体的な提案	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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について <input type="checkbox"/> 主治医家診歴、検診結果、健診結果等を踏まえた留意点	【本県行うべき支援が実施できない場合】 要する支援の要所に付けた方針	総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
 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	口腔内ケア	閉じこもり予防	認知症予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】 【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。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

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

評価日 _____

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務受託申請

平成 年 月 日

宮崎市長 戸敷 正 殿

住 所 _____

代 表 者 氏 名 _____

介護保険法第 115 条の 23 条第 3 項及び第 115 条の 47 第 5 項に基づき、指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部につきまして事業受託を受けたいので次のとおり関係書類を添えて申請いたします。

経営者の氏名及び住所（法人 にあつては、その名称及び主 たる事務所の所在地）	(電話番号)
施設又は住居の所在地	(電話番号)
管理者氏名	<u>※履歴書添付</u>
介護支援専門員の人数	常 勤 人 非常勤 人（平成 年 月 日現在）
事業開始年月日	平成 年 月 日

[添付資料]

1. 居宅介護支援事業の指定通知書（写し）
2. 定款その他の基本約款（運営規定を含む）

平成 年 月 日

法人名称 _____

代表者氏名 _____ 殿

(請求者)

法人名称 _____

代表者氏名 _____ 印

平成 年 月分 介護予防ケアマネジメント事業委託請求書

このことについて、宮崎市（ ）地区地域包括支援センターより受託して
います介護予防ケアマネジメント事業を、下記のとおり実施しましたので関係書類を添付の
うえ請求いたします。

記

1. 事業所

事業所名称	支援事業所番号

2. 実績

	件数①	単価②	実績額 (①×②)
基本単価	件	3,870 円	円
初回加算	件	2,700 円	円
介護予防小規模 多機能連携加算	件	3,000 円	円
合 計			円

3. 請求額

	円
--	---

介護予防ケアマネジメント事業委託支援明細書（平成 年 月分

介護予防ケアマネジメント対象者一覧

No. ()

項番	被保険者																				
	被保険者番号												(フリガナ)								
	公費受給者番号												氏名								
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和											性別	1. 男 2. 女							
	要支援等状態区分	要支援1・要支援2・事業対象者											認定等有効期間	平成		年		月		日	から
	担当介護支援専門員番号												サービス計画作成依頼届出年月日	平成		年		月		日	
	被保険者番号												(フリガナ)								
	公費受給者番号												氏名								
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和											性別	1. 男 2. 女							
	要支援等状態区分	要支援1・要支援2・事業対象者											認定等有効期間	平成		年		月		日	から
	担当介護支援専門員番号												サービス計画作成依頼届出年月日	平成		年		月		日	
	被保険者番号												(フリガナ)								
	公費受給者番号												氏名								
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和											性別	1. 男 2. 女							
	要支援等状態区分	要支援1・要支援2・事業対象者											認定等有効期間	平成		年		月		日	から
	担当介護支援専門員番号												サービス計画作成依頼届出年月日	平成		年		月		日	
	被保険者番号												(フリガナ)								
	公費受給者番号												氏名								
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和											性別	1. 男 2. 女							
	要支援等状態区分	要支援1・要支援2・事業対象者											認定等有効期間	平成		年		月		日	から
	担当介護支援専門員番号												サービス計画作成依頼届出年月日	平成		年		月		日	
	被保険者番号												(フリガナ)								
	公費受給者番号												氏名								
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和											性別	1. 男 2. 女							
	要支援等状態区分	要支援1・要支援2・事業対象者											認定等有効期間	平成		年		月		日	から
	担当介護支援専門員番号												サービス計画作成依頼届出年月日	平成		年		月		日	

代理受領委任状

宮崎県国民健康保険団体連合会
理事長 戸敷 正 殿

平成 年 月 日

以下の受任者をもって代理人と定め、受領すべき介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費にかかるケアプラン原案作成委託料を受領する権限を委任します。

なお、受任者の代理権消滅については、貴連合会に対し、委任者より委任状を解除した旨の文書を送達することをもって受任者の代理権が消滅したものといたします。

(委任者：地域包括支援センター)

事業所番号 _____

住 所 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

(受任者：委託先居宅介護支援事業所)

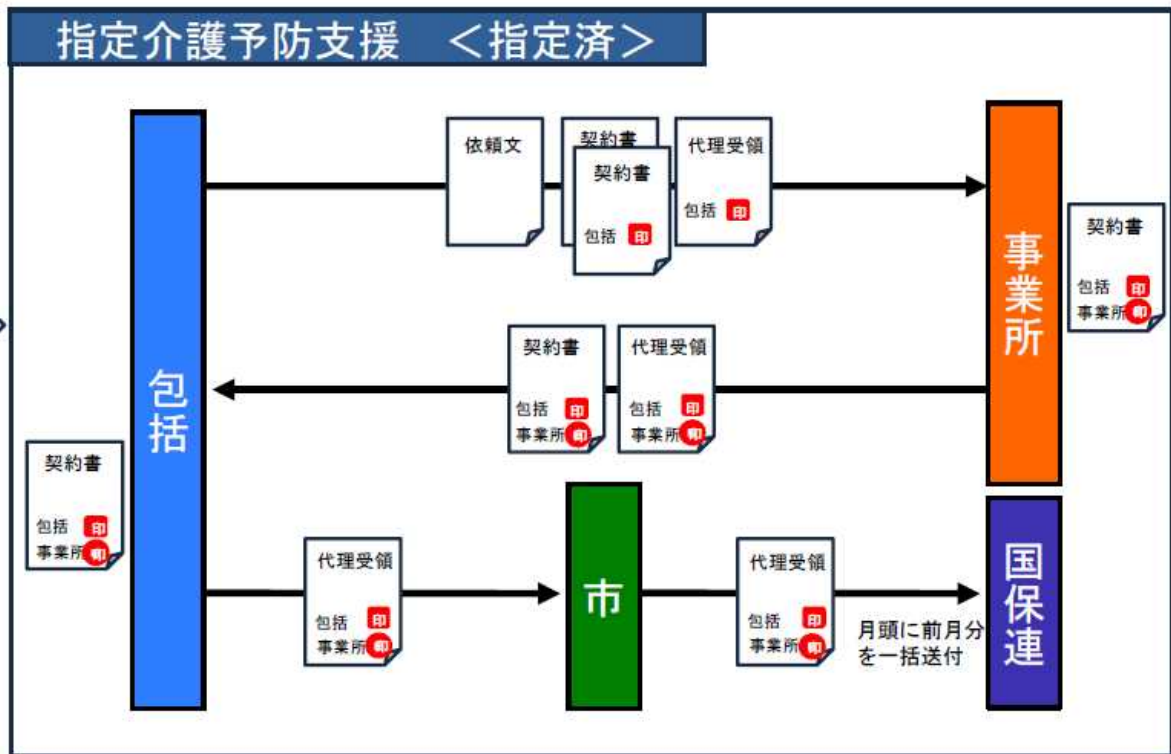
事業所番号 _____

住 所 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

一部委託契約締結の流れ



サイボウズ

指定介護予防支援事業所データ

