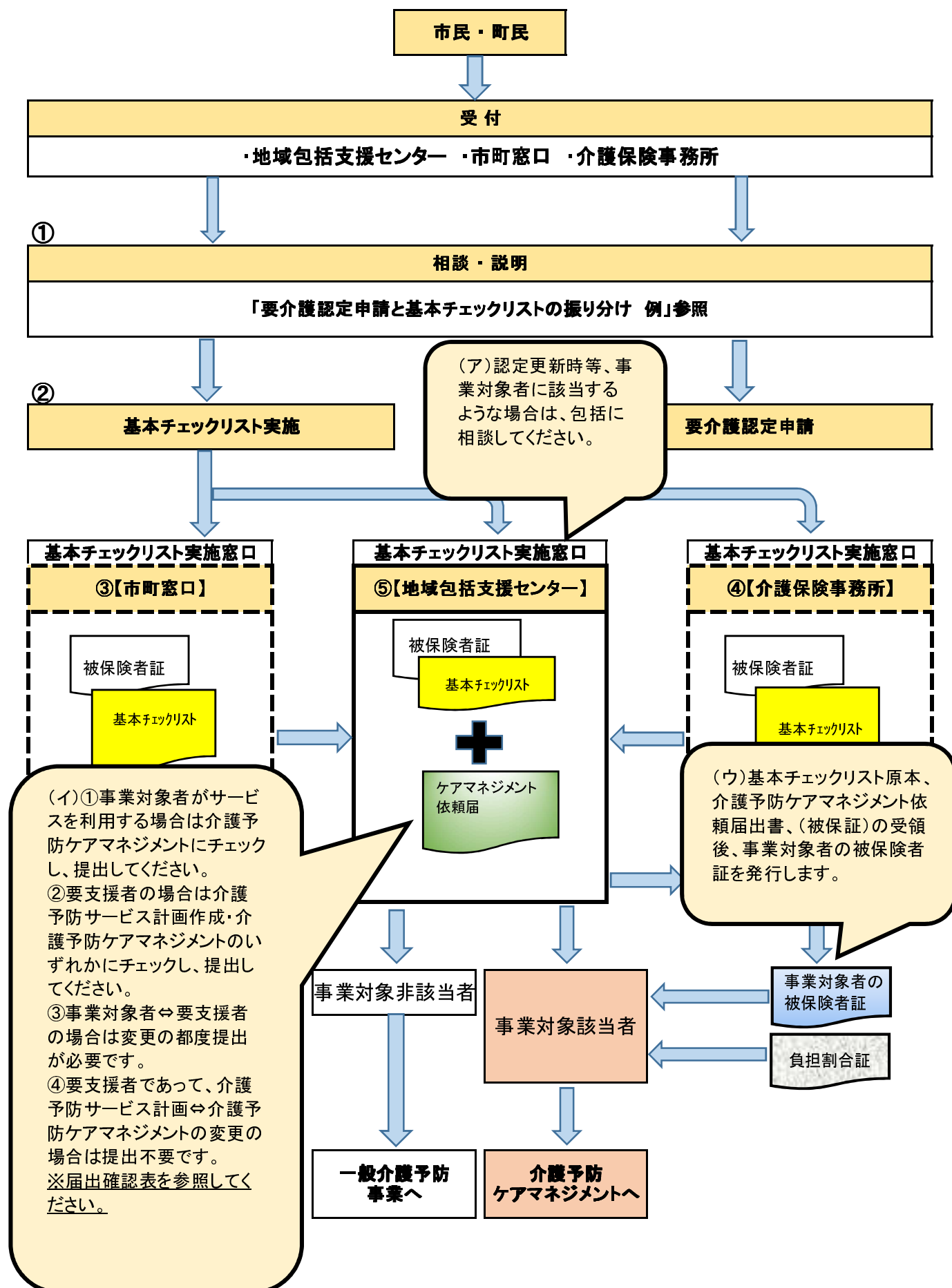
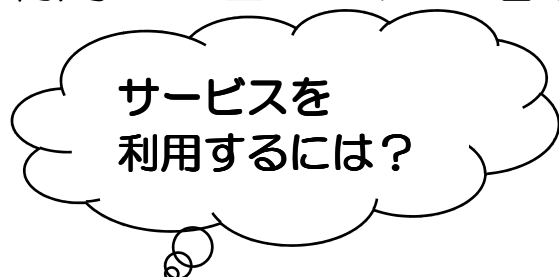


4. 受付から介護予防ケアマネジメントまで



★「介護予防・生活支援サービス事業」を 利用して自立した生活を続けましょう！



- ①地域包括支援センターや市町の担当窓口で行っている基本チェックリストを受けます。
- ②その結果、生活機能の低下等がみられた場合…「事業対象者」と判定されます。
(これまでの要介護・要支援認定に加えて「事業対象者」が新設されました。)
- ③地域包括支援センターで話し合い、ケアプランを作成します。
- ④介護予防・生活支援サービス事業の利用開始です！！

「介護予防・生活支援サービス事業」とは？

★利用対象者

- ・要支援1・2の方
- ・65歳以上の方で「事業対象者」の判定がされた方

★サービス内容

◎訪問型サービス

自分ではできない日常生活上の行為がある場合に、ホームヘルパー等が家庭を訪問し、利用者と協働して家事の援助等を行います。

◎通所型サービス

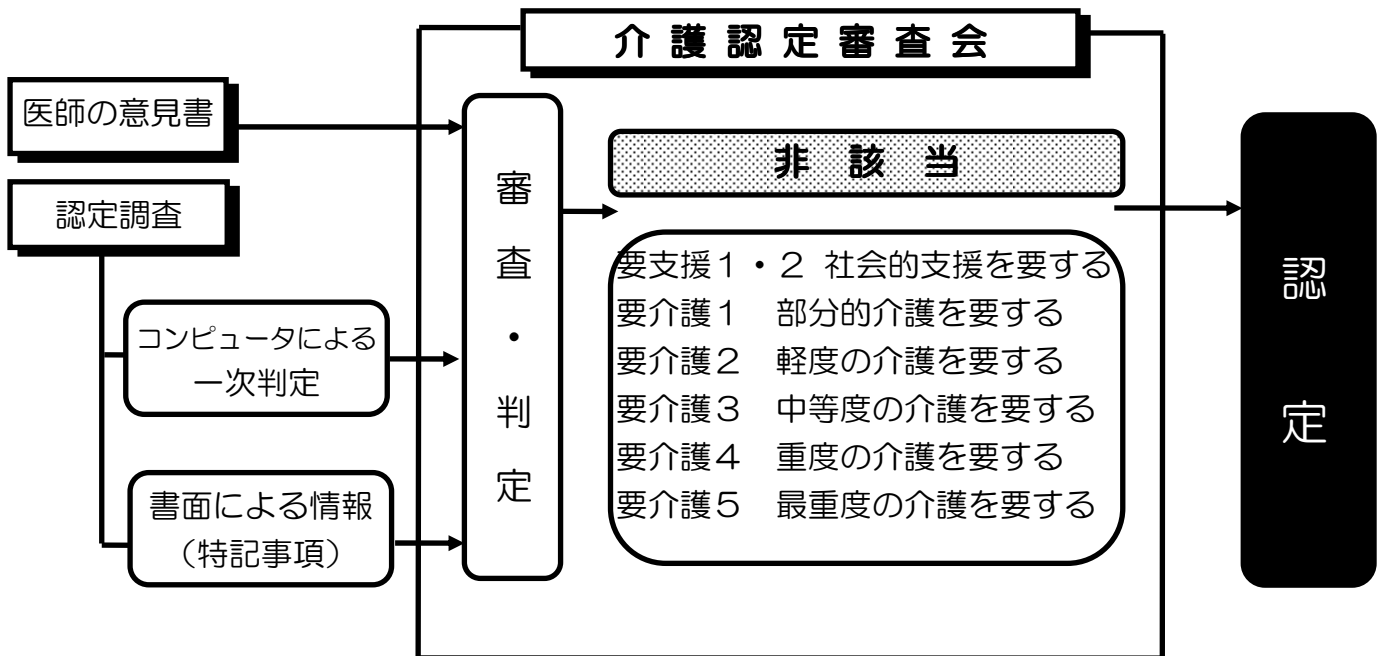
通所介護施設で、入浴や排せつ、食事などの日常生活上の支援を日帰りで受けることができます。

※これまで介護サービス事業者から介護予防サービスとして提供されていた介護予防訪問介護や介護予防通所介護と同等のサービスを受けることもできます。

要介護認定の結果をお知らせします。

あなたの心身の状況は『社会的支援を要する状態』には至っていないため、介護保険給付の対象者には

該当しないと認定されました。



◎認定審査会で最終判定をしました

一次判定は、認定調査の結果を基に、コンピュータによって、どの程度の介護の手間がかかるかを推計するものです。認定審査会（二次判定）では、この結果を原案として、医師の意見書や調査員の書面による情報をもとに、審査判定を行います。

○このたび、認定審査会で「非該当」の判定となったことから、介護（予防）給付のサービスは受けられないことになります。

○しかし、今後心身の状況が変化し介護を必要とする状態となったときには、いつでも要介護認定の申請を行うことができます。

問い合わせ先

大曲仙北広域市町村圏組合

介護保険事務所 認定審査班

TEL：0187-86-3912

FAX：0187-86-3914

非該当通知 裏

※「非該当」の認定を受けた方や、「要介護認定」の申請をしていない方は「**基本チェックリスト**」を行い「**事業対象者**」に該当すると「**介護予防・日常生活支援総合事業**」を利用できます。詳しくは地域包括支援センターまでご相談ください。

★「介護予防・日常生活支援総合事業」とは？

■利用対象者

- ・要支援1・2の方
- ・65歳以上の方で「事業対象者」の判定がされた方

■サービス内容

◎訪問型サービス

自分ではできない日常生活上の行為がある場合に、ホームヘルパー等が家庭を訪問し、利用者と協働して家事の援助等を行います。

◎通所型サービス

通所介護施設で、入浴や排せつ、食事などの日常生活上の支援を日帰りで受けることができます。

※これまで介護サービス事業者から介護予防サービスとして提供されていた介護予防訪問介護や介護予防通所介護と同等のサービスを受けることもできます。

★「介護予防・日常生活支援総合事業」を利用して自立した生活を続けましょう！

総合事業を利用するには？

- ①地域包括支援センターや市町の担当窓口で行っている基本チェックリストを受けます。
- ②その結果、生活機能の低下等がみられた場合…「事業対象者」と判定されます。
(これまでの要介護・要支援認定に加えて「事業対象者」が新設されました。)
- ③地域包括支援センターで話し合い、ケアプランを作成します。
- ④介護予防・日常生活支援総合事業の利用開始です！！ ★

地域包括支援センター 一覧

市町	名 称	電話番号
大仙市	高齢者あんしん相談室中央（大仙市地域包括支援センター中央）	0187-63-1111
	高齢者あんしん相談室東部（大仙市地域包括支援センター東部）	0187-56-7125
	高齢者あんしん相談室西部（大仙市地域包括支援センター西部）	0187-87-3970
仙北市	仙北市包括支援センター	0187-43-2283
美郷町	美郷町地域包括支援センター	0187-84-4907

市町介護保険担当課 一覧

※各市町の介護保険以外のサービスを受ける場合は、各担当課までご連絡ください。

市町	名 称	電話番号
大仙市	大仙市地域包括支援センター	0187-63-1111
	大仙市神岡支所市民サービス課	0187-72-4604
	大仙市西仙北支所市民サービス課	0187-75-2973
	大仙市中仙支所市民サービス課	0187-56-2115
	大仙市協和支所市民サービス課	018-892-3691
	大仙市南外支所市民サービス課	0187-74-2113
	大仙市仙北支所市民サービス課	0187-63-3003
	大仙市太田支所市民サービス課	0187-88-1113
仙北市	角館庁舎角館地域センター	0187-43-3309
	田沢湖庁舎田沢湖地域センター	0187-43-1147
	西木庁舎福祉事務所長寿支援課	0187-43-2281
美郷町	美郷町役場千畑庁舎福祉保健課	0187-84-4907

要介護認定申請と基本チェックリストの振り分け 例



【留意事項】

* 上記については例であり、個別に対応・判断することが必要

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)届出確認表

介護度など		サービス内容		届出書の変更及び提出				資格者証 (チェックリスト 該当時に発行)	被保険者証
				前回		今回			
前回	今回	前回	今回	介護予防 サービス計画	介護予防 ケアマネジメント	介護予防 サービス計画	介護予防 ケアマネジメント		
なし	事業対象者	なし	(ア)	なし			○	○	○ (介護保険事務所)
なし	要支援1 または 要支援2	なし	(ア)	なし			○		○
		なし	(イ)	なし	○			○	
		※(イ)だったが、その月のみ予防給付のサービスを利用せず(ア)のみ利用した場合は、改めて届出する必要は無い。							
事業対象者	要支援1 または 要支援2	(ア)	(ア)		○		○		○
		(ア)	(イ)		○	○			○
要支援1 または 要支援2	事業対象者	(ア)	(ア)		○		○	○	○ (介護保険事務所)
		(イ)	(ア)	○			○	○	○ (介護保険事務所)
要支援1 または 要支援2	要支援1 または 要支援2	(ア)	(ア)	※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を届出している場合は改めて届出する必要は無い。					
		(ア)	(イ)						
		(イ)	(ア)						
		(イ)	(イ)						

サービス 内容	(ア)：総合事業のサービスのみ		(イ)：(ア)+次の予防給付サービス	
	・現行相当の訪問介護	・現行相当の通所介護	・通所リハビリ	・訪問看護
	・訪問型サービスA	・通所型サービスA など	・短期入所	・福祉用具貸与

※事業対象者：
基本チェックリスト実施により事業対象者に該当した者

基本チェックリスト

【記入日】平成 年 月 日（提出者： ）

被保険者番号		要介護認定の有無		☐ 認定なし（非該当・未申請） ☐ 認定あり（要介護・要支援）	
ふりがな		生年月日	明・大・昭	年齢	性別
氏名			年 月 日	歳	男・女
住所	〒		電話番号	()	

質問項目			回答		該当数
社会参加	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	／5
	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	
運動器	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	／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. 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	11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	／2
	12	身長 () cm 体重 () kg (BMI = () (注))			
口腔	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	／3
	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	
開じこもり	16	週1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	／2
	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	
認知機能	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	1. はい	0. いいえ	／3
	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	
こころ	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	／5
	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) 自分が役にた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。

事業対象者 該当 非該当

【情報提供の同意】 私は、基本チェックリストの内容を私の介護予防及び総合事業のため、医療機関・地域包括支援センター等の関係機関へ情報提供することに同意します。

被保険者氏名	代理人氏名	本人との関係
項目	窓口処理欄	介護保険事務所処理欄
チェックリスト記入者	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他 () ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 包括支援センター	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他 () ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 包括支援センター
被保険者証回収	☐ 済 ☐ 紛失等により未回収 ☐ 未回収（後日送付）	☐ 済 ☐ 紛失等により未回収 ☐ 未回収（後日送付）
資格者証発行	☐ 発行済（包括） ☐ 発行済（市町） ☐ 未発行	☐ 発行済 ☐ 未発行
介護保険システム入力	☐ 入力	☐ 入力（確認）済
受付印		

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。（平日の日中連絡のとれる電話番号をご記入下さい）
2. 訪問か来所面談の日時が決まりましたら、下記（※）の同席される方にお伝え下さい。

連 絡 先	氏 名			本人との関係	(続柄)
	電話番号	()			
	携帯番号	()			
状況調査の場所		☐ 包括支援センター			
		☐ 本人自宅			
		☐ その他	住 所		
			訪問先名		電話番号 ()
状況調査日時について		☐ 希望日は特にない ☐ 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？		☐ いる <u>※ 同席される方（氏名）：</u> ☐ いない ◎状況調査を正確におこなうために家族等の同席をお願いしております。 できるだけご協力をお願いします。			
特記事項					

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

※次のいずれかにチェックしてください。□介護予防サービス計画作成・□介護予防ケアマネジメント

大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 様

次のとおり届出します。

届出区分		新規 ・ 変更	
届出年月日		平成 年 月 日	
被 保 険 者	被保険者番号	個人番号	
	フリガナ	生年月日	
	氏 名	明・大・昭 年 月 日	
	住 所	性 別 男 ・ 女	
開始(変更)年月日		平成 年 月 日	
事業所を変更する場合の理由等（変更する場合のみ記入してください。）			
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 ※自己作成の場合は記入不要 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			
介護予防事業者（所）名・地域包括支援センター名		所在地	〒 ー
事業所番号		電話 ()	
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者 ※居宅介護支援事業者が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場合のみ記入して下さい。			
居宅介護支援事業者（所）名		所在地	〒 ー

（注 意）

- この届出書は、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事業所等が決まり次第速やかに地域包括支援センター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、必ず地域包括支援センターへ届け出てください。
- 届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる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。

項 目	地域包括支援センター処理欄	介護保険事務所処理欄
被保険者証回収	☐ 済 ☐ 紛失等により未回収 ☐ 未回収（後日送付） ☐ 申請中	
介護保険システム入力	☐ 入力	☐ 入力（確認）済
被保険者証発行	☐ 発行済 ☐ 未発行 ☐ 申請中未発行	☐ 発行済 ☐ 申請中未発行 ☐ 確認済
資格者証発行	☐ 発行済 ☐ 未発行	☐ 発行（確認）済
受付印		

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり届出します。

										届出区分	新規 ・ 変更			
										届出年月日	平成	年	月	日
被 保 険 者	被保険者番号									個人番号	:	:	:	:
	フリガナ									生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名	印								性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒 ー 電話 ()												
開始（変更）年月日		平成 年 月 日												
事業所を変更する場合の理由等（変更する場合のみ記入してください。）														
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者 ※自己作成の場合は記入不要														
事業者（所）名										所在地	〒 ー			
事業所番号										電話 ()				

（注意）

- この届出書は、要介護認定等の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに市町村介護保険窓口へ提出してください。
- 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず市町村介護保険担当窓口へ届け出てください。
届出のない場合は、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。
- 届出の際は、介護保険被保険者証または、介護保険資格者証を添えて提出してください。
なお、介護保険被保険者証には届出年月日が印字されます。

項 目	窓口処理欄	介護保険事務所処理欄
届出書提出者	☐ 本人・家族 ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ その他（ ）	
被保険者証回収	☐ 済 ☐ 紛失等により未回収 ☐ 未回収（後日送付） ☐ 申請中	
介護保険システム入力	☐ 入力	☐ 入力（確認）済
証発行	☐ 発行済 ☐ 未発行 ☐ 申請中未発行	☐ 発行済 ☐ 未発行 ☐ 申請中未発行
受付印		

◎認定有効期間

申請区分	前回介護度	今回介護度	原則	範囲
新規	—	—	6か月	3～12か月
更新	要支援 → 要支援	要支援	12か月	3～24か月
	要介護 → 要介護	要介護	12か月	3～24か月
	要支援 → 要介護	要介護	12か月	3～24か月
	要介護 → 要支援	要支援	12か月	3～24か月
区分変更	—	—	6か月	3～12か月

*平成29年4月1日認定有効期間開始分より適用