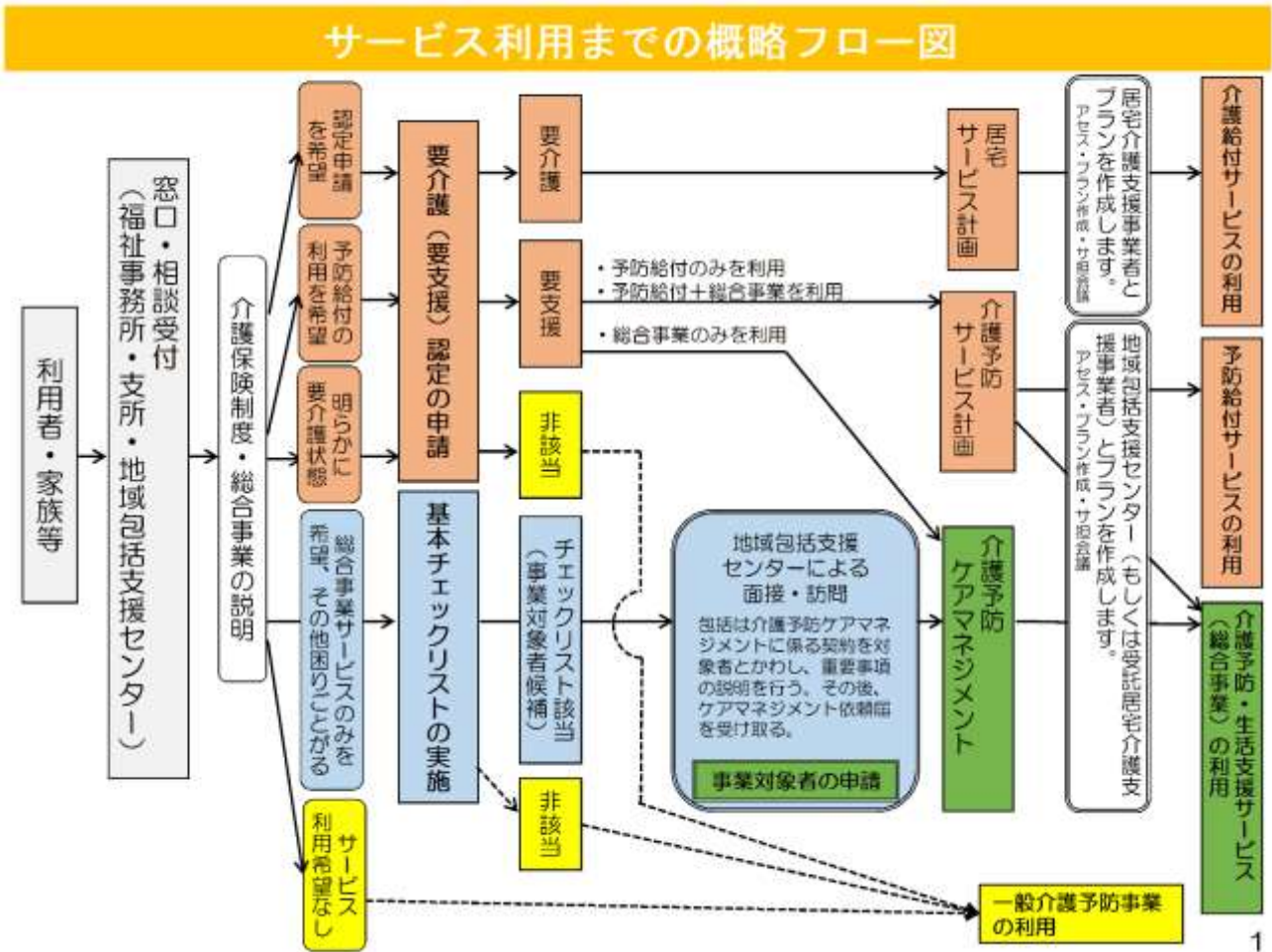


## 第2章 サービス利用の流れ

### 1 サービスの流れ図



## 申請の流れフローチャート

| 手順                                  | 業務内容  | 関連様式   |
|-------------------------------------|---|--|
| ①窓口相談受付                             | 相談受付時は、制度説明の上で被保険者より相談の目的や希望するサービスを聞き取り、特に認定申請の必要があるかどうかを確認します。                                 |  |
| ②「認定申請」もしくは「事業対象者にかかる確認の届出」の選択      | 新規利用者には要介護（要支援）認定をお勧めします。<br>サービス利用中の方は、更新時に「更新申請」か「事業対象者の確認にかかる届出」かのいずれかを選択できます。               | 要介護（要支援）認定確認シート<br>【p. 48：帳票2】                   |
| ③基本チェックリストの実施                       | 基本チェックリストは、福祉事務所、支所、地域包括支援センター（受託居宅介護支援事業所を含む）で、本人対面のもと実施します。<br>申請時期【p. 14参照】<br>実施場所【p. 17参照】 | 基本チェックリスト<br>【p. 50：帳票3】                         |
| ④地域包括支援センターへの引継ぎ                    | 基本チェックリストで、事業対象者の基準に該当した方を「事業対象者にかかる確認の届出」のため、地域包括支援センターへご案内します。                                | 介護相談連絡表<br>【p. 47：帳票1】                           |
| ⑤事業対象者にかかる確認の届出（介護予防ケアマネジメント届出書の提出） | 「要支援1・2の方」は、介護予防サービス計画作成依頼届出書を、「事業対象者」の方は、介護予防ケアマネジメント届出書を管轄の福祉事務所に提出する必要があります。                 | 各居宅届書<br>【p. 60：帳票4】<br>【p. 61：帳票5】<br>基本チェックリスト |
| ⑥被保険者証等の発行                          | 概ね1週間程度で被保険者証と負担割合証を市から送付します。   | 被保険者証<br>【p. 22～23参照】                            |
| ⑦介護予防ケアマネジメントの実施                    | 介護予防ケアマネジメントAのみで実施しています。  | 【p. 51～61参照】                                     |
| ⑧サービスの利用開始                          | サービスを利用する際は、利用者は事業所に対して、被保険者証と負担割合証を提示する必要があります。  |  |

## 2 窓口での相談受付(確認シートの活用と実施)

相談窓口は、市福祉事務所、市支所、地域包括支援センターとします。

相談においては、要介護（要支援）認定確認シート（【帳票2:p.48】以下「確認シート」という）と基本チェックリスト【帳票3:p.50】を活用します。

### (1) 事業対象者の確認にかかる届出

事業対象者の確認にかかる届出とは、

「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」  
 「基本チェックリストの結果」(原本)  
 「介護保険被保険者証」

} を岡山市へ提出することです。

### (2) 申請時期

申請時期は、主に、新規の利用者の方は、随時、サービスをご利用中の方の場合は、認定有効期間満了日の30日前からとなります。

以下のように、表【手続きの実施時期の目安例】を整理しましたので、ご確認ください。

なお、以下の時期に、本人の状態像、サービス利用状況や今後の利用見込みを勘案し、基本チェックリスト実施可能と判断される場合には、利用者に対して基本チェックリストの説明、活用を検討します。

また、認定申請か、基本チェックリストか、判断に迷う際には必要に応じて「確認シート」を使用します。

【手続きの実施時期の目安例】

| 区分        |       | 検討時期の目安             | 事業対象者の確認にかかる届出時期       |
|-----------|-------|---------------------|------------------------|
| 新規申請      |       | 随時                  | 随時                     |
| 更新申請      | 要介護   | 認定有効期間満了日の60日前から申請可 | 認定有効期間満了日の30日前から届出可    |
|           | 要支援   |                     |                        |
|           | 事業対象者 |                     |                        |
| 区分変更      | 要介護   | 状態像の変更があったとき        | 想定していません<br>(次ページ ①参照) |
|           | 要支援   |                     |                        |
| 要介護認定で非該当 |       | 認定調査時から状態像の変更があったとき | 認定調査時から状態像の変更があったとき    |

**※なお、区分変更申請については、次ページの留意事項に注意してください。**

## 《留意事項》 区分変更申請について

岡山市では要支援（要介護）認定有効期間中や事業対象者有効期間中の区分の扱いを以下のとおりとします。

### ① 要介護（要支援）認定有効期間中の事業対象者の確認にかかる届出

要支援1・2の認定を受けていれば「サービス事業」を利用することができることや、急な状態像の変化があっても保険給付サービスの利用ができることなどから、要介護（要支援）認定有効期間中の事業対象者の確認にかかる届出は、想定していません。

なお、要介護1～5の改善にかかる区分変更申請は要支援認定申請をお勧めします。

### ② 事業対象者の有効期間中の要介護（要支援）申請

必要に応じて受け付けます。

### ③ 事業対象者が要介護（要支援）認定申請をし、認定結果が**非該当**となったら

要介護（要支援）認定申請が却下されるだけでなく、**事業対象者の認定も要介護（要支援）認定日の前日で取り消されます。**

岡山市独自のルールですのでご注意ください。

### ④ 想定した介護度と認定結果が異なった場合（介護区分の見込み違い[要支援⇔要介護]）の手続きを、以下のように変更します。

認定結果後に、暫定ケアプランの引き継ぎを受けた地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所が、居宅サービス計画作成依頼届出書・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（以下、「居宅・介護予防サービス計画作成依頼届出書」という。）を、届出書中のサービス開始年月日を暫定サービス開始日に遡及して市へ提出し、給付管理票の伝送を行う。

詳しくは、以下を参考にしてください。

○平成29年2月14日岡介第1345号通知

「暫定居宅サービス計画・介護予防計画でサービス利用していた場合の給付管理事務取扱の変更について」（p. 65参照）

### (3) 要介護（要支援）認定確認シートの目的【帳票2：p.48】

要介護（要支援）認定が必要かどうかの判断をするための目安として作成したものです。必要に応じてご活用ください。

最終的には、要介護（要支援）認定申請か、事業対象者の確認にかかる届出（基本チェックリスト）かは、利用者本人が決定します。

#### <確認シートの手順>

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を行います。記入は本人だけで実施せず、必ず相談窓口担当者が立ち会いのもと行います。

#### 1. 年齢を確認します

40～64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になっていることが、サービスを受ける前提となるため、要介護（要支援）認定申請が必要です。

#### 2. 要介護認定状況の確認を行います（問1関係）

サービス事業を初めて利用する場合は、適切なアセスメントを行うため、要介護（要支援）認定申請を勧めます。また、既に介護保険給付サービスを利用している場合には、サービス事業だけの利用でも支障がないかの確認が必要です。

#### 3. 相談に来られた理由、本人の状態像及びサービスの希望の確認を行います（問2関係）

要介護（要支援）認定の申請が必要であるかを、簡易に判断するための項目を挙げています。「できない」を選択したり、生活状況に「不安」があったりしたときは、要介護（要支援）認定申請を案内します。

#### 4. 結果の確認をします（問2関係）

回答の中に、1つでも要介護（要支援）認定をお勧めすべき回答がある場合は、要介護（要支援）認定申請を勧めます。

なお、問2のウの回答がすべて「できる」を選択しているにも関わらず、エの回答欄で、サービス利用の希望が選択されている場合などは、サービスの利用希望が不明瞭であり、例えば、利用者の不安感等からサービス利用の希望だけが先行していることもあるため、適切なアセスメントが必要であると考えられます。この場合は、最終的には地域包括支援センターと相談の上、要介護（要支援）認定申請か、介護予防ケアマネジメント依頼届出書かの判断をしてもらう旨につき本人の理解を得られるならば基本チェックリストを実施し、地域包括支援センターへ引き継ぎます。対象者が、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を希望する場合には、要介護（要支援）認定申請を妨げるものではありません。

### 3 基本チェックリストの活用と実施

<基本チェックリスト【帳票3:p.50】の目的>

基本チェックリストは、従来のような二次予防事業対象者の把握のためという活用方法ではなく、相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスが利用できるよう、**本人の状況を確認するツールとして用いるものです。**

#### (1) 基本チェックリストの実施

基本チェックリストの実施にあたっては、原則本人に記入してもらいます。

相談窓口で、本人以外の来所があり、基本チェックリストを仮実施した場合は、後日、地域包括支援センターが記入した内容について本人に確認することとなります。

なお、サービス事業を利用するに際しては、基本チェックリストの基準に該当した後に、以下の書類を福祉事務所に提出します。

##### 【必要な書類】

- ①介護予防ケアマネジメント依頼届出書
- ②基本チェックリスト結果(原本)
- ③介護保険被保険者証(紛失している場合は、再発行の必要はありません。)

#### (2) 基本チェックリストの実施場所

相談窓口において、本人に記入していただく以外に、利用者の利便性をはかるため、以下のような場所での記入を認めます。ご協力をお願いいたします。

##### 【基本チェックリストの実施場所の例】

| 区分        |       | 想定される実施場所        |
|-----------|-------|------------------|
| 新規申請      |       | 相談窓口             |
| 更新申請      | 要支援   | 包括(委託居宅を含む)が自宅訪問 |
|           | 要介護   | 相談窓口             |
|           | 事業対象者 | 包括(委託居宅を含む)が自宅訪問 |
| 要介護認定で非該当 |       | 包括が自宅訪問          |

※相談窓口＝市福祉事務所、支所

※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

#### (3) 基本チェックリストの実施手順

基本チェックリストの質問項目及び基準については、以下の「**基本チェックリストについて**」及び「**事業対象者に該当する基準**」で示されたものとします。

次頁の「基本チェックリストについて」【留意事項】に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら本人等に基本チェックリストの回答欄に丸印を記入してもらいます。

## 基本チェックリストについて

### 【留意事項】

- ・基本チェックリストは、ケアマネジメント届出提出日の30日以内に実施したものが有効です。
- ・対象者には、各質問事項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。
- ・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。
- ・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。
- ・各質問項目の趣旨は以下のとおりです、各質問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                             | この一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ヶ月以上かかって減少している場合には「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ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。<br>$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ で計算してください。意味合いは痩せ状態の判定であり、「BMI 18.5未満」が「はい」となります。 |
| 13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。      |                                    |   |
| 13                               | 半年前に比べて堅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                               | 口の渇きがきになりますか                       | 口の中の渇きがきになるかどうかを、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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると聞かれますか  | 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っ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 |  |

○窓口担当者が、基本チェックリストの右欄の分類項目ごとに、点数を記入します。

分類項目は、以下の「事業対象者に該当する基準」で構成されています。

### 事業対象者に該当する基準

下表の基準のひとつでも該当すれば、「事業対象者」の候補に該当します。

|                                 |            |                             |
|---------------------------------|------------|-----------------------------|
| 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) | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 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)  | <input type="checkbox"/> 該当 |
| ③ No.11～12の2項目のすべてに該当           | (低栄養状態)    | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 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)  | <input type="checkbox"/> 該当 |
| ⑤ No.16～17の2項目のうちNo.16に該当       | (閉じこもり)    | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 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)  | <input type="checkbox"/> 該当 |
| 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)  | <input type="checkbox"/> 該当 |

### ア 基準に一つでも該当

#### 相談窓口が地域包括支援センターの場合

事業対象者の候補となりますので、サービス事業か一般介護予防事業等のどちらが適切なのかを判断し、サービス事業が必要であれば「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を作成し、手続きを開始してください。

#### 相談窓口が市の場合

事業対象者の候補となることを伝え、事業対象者としてサービスを利用するには、事業対象者の確認にかかる届出の手続きをする必要があるため、基本的には地域包括支援センターへ連絡を取るようご案内ください。(ただし、細かな連絡方法は各福祉事務所・支所でのルールにより実施されます。)その連絡時、必要に応じて「介護相談連絡表」(介護相談連絡表と確認シートは両面)(p. 47～p. 48参照)を、利用者に記入してもらってください。依頼を受けた地域包括支援センターは、速やかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

イ 基準に一つも該当しない 一般介護予防事業等を勧めます。

ウ 基準に多数該当

確認シートを用いて聞き取った内容も考慮し、明らかに要介護(要支援)認定が必要(要介護1以上と想定される)な場合は、再度、要介護(要支援)認定申請を勧めます。

### 《留意事項》

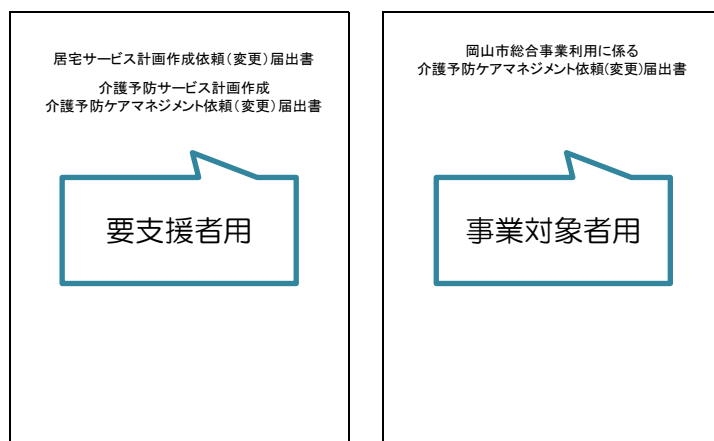
- ①更新申請の場合は、基本チェックリストを受託居宅介護支援事業所が行うことを可とします。
- ②更新申請及び委託先変更を行う場合は、「岡山市総合事業利用に係る介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」(以下、総合事業届出書)の変更届は必須とします。ただし、基本チェックリスト・被保険者証・総合事業届出書(居宅介護支援事業所名と事業所番号を居宅介護支援事業所で記入)の提出者は地域包括支援センター又は受託する居宅介護支援事業所でも可とします。

## 4 介護予防ケアマネジメント依頼届出書等の必要の有無

### (1) 様式について

総合事業の開始にともない、介護予防ケアマネジメント届出書の様式を追加し、またこれまでの様式も変更しています。

基本的には、要介護や要支援1・2の方が提出する「居宅サービス計画作成(変更)届出書／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」【帳票4:p.60】と、事業対象者の方が提出する「岡山市総合事業利用に係る介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」【帳票5:p.61】の2種類になります。



### (2) 新たに届出が必要な場合

#### 【介護予防ケアマネジメント依頼届出書等の必要の有無】

| 区分  | 介護予防サービス計画作成・<br>介護予防ケアマネジメント<br>依頼(変更)届出書 | 岡山市総合事業利用に係る<br>介護予防ケアマネジメント<br>依頼(変更)届出書 | 理由  |
|---|--|---|---|
| 新たに <u>事業対象者</u> になる場合                                  | × 不要                                       | ○ 必要                                      | 介護予防ケアマネジメント依頼届出書によりサービス事業対象者として登録するため      |
| 事業対象者から <u>事業対象者</u> に更新する場合                            | × 不要                                       | ○ 必要                                      | 介護予防ケアマネジメント依頼届出書によりサービス事業対象者として更新登録するため    |
| 要支援者から <u>事業対象者</u> に移行する場合                             | × 不要                                       | ○ 必要                                      | 介護予防ケアマネジメント依頼届出書によりサービス事業対象者として登録するため      |
| 事業対象者から <u>要支援者</u> に移行する場合※                            | ○ 必要                                       | × 不要                                      | 介護予防サービス計画作成依頼届出書により介護予防サービスの対象者として登録するため   |
| <u>要支援者</u> (既に介護予防サービス計画作成依頼届出書を提出済)が総合事業サービスのみを利用する場合 | × 不要                                       | × 不要                                      | 介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行するが要支援者であることは変わらないため |

※事業対象者が要支援者になる場合、プランは同じ介護予防ケアマネジメント計画でも認定区分が変更するため届出が必要になります。要支援認定申請をし、暫定でサービスを利用する時点で届出をしてください。

# 5 介護予防ケアマネジメント依頼届出書等の記載例と被保険者証

## 【更新の場合】

様式第1号 (第6条関係)

**岡山市基本チェックリスト**

申請区分 1.新規 2.更新(要介護・要支援認定/更新)

被保険者番号 0 0 0 7 2 3 4 5 6 7 住所地特例者 保険者名 (フリガナ) カゴ ハナコ

氏名 介護 花子 生年月日 明・大 5年5月

住所 明・大 5年5月5日

開き取り: 本人 (平成29年4月10日) ・本人以外 (誰に 子 介護 太郎 平成 29年 4月5日)

| No. | 質問事項 (右の回答欄のいすれかに○をつけてください) | 【回答欄】              |
|-----|-----------------------------|--------------------|
| 1   | バスや電車で1人で外出していますか           | 0. はい ( ), いいえ ( ) |
| 2   | 日用品の買物をしていますか               | 0. はい ( ), いいえ ( ) |
| 3   | 所見                          | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 4   |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 5   |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 6   |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 7   |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 8   |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 9   |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 10  |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 11  |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 12  |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 13  |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 14  |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 15  |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 16  |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 17  |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 18  |                             | 1. いいえ ( ), はい ( ) |
| 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 ( ), いいえ ( ) |

基本チェックリストの有効期限は最大30日です。提出日に注意してください。  
※更新の場合 認定満了日の30日前から介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出ができます。

様式第2号 (第6条関係)

岡山市総合事業利用に係る介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

申請区分  新規  更新  住所地特例者 (保険者名)

被保険者氏名 フリガナ カゴ ハナコ 介護 花子

被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7

個人番号

生年月日 明・大・昭 5年5月5日 性別 男 女

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

地域包括支援センター名 岡山市北区中央地域包括支援センター

地域包括支援センターの所在地 岡山市北区鹿田町1-1-1

電話番号 ( )

事業所番号 3 3 0 0 1 0 0 0 2 5

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 (※地域包括支援センターが作成する場合は記入不要)

居宅介護支援事業者名 〇〇居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所の所在地 岡山市北区大供1-1-1

電話番号 ( )

事業所番号 3 3 9 9 9 9 9 9 9 9

サービス開始・変更年月日 平成 29年 5月 1日

岡山市長 様

事業対象者として、岡山市の介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出

平成 29年 4月 1日

被保険者 住所

氏名 介護 花子

電話番号 086 ( 999 ) 9999

サービス開始年月日: 前認定の有効期間の満了日の翌日

| 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  |        |
|-----------|-----------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-------|--------|
| 番号        | 0001234567                  | 認定年月日                | 令和元年 10月 1日              | 認定の有効期間                            | 令和元年 10月 1日 ~ 令和3年 9月30日 | 開始年月日 | 開始年月日  |
| 住所        | 700-8546<br>岡山市北区鹿田町1丁目1番1号 | 認定の有効期間              | 令和元年 10月 1日 ~ 令和3年 9月30日 | 区分支給限度基準額                          | 5,032単位                  | 終了年月日 | 終了年月日  |
| フリガナ      | カゴ ハナコ                      | 居宅サービス等              | 1月あたり                    | 居宅介護支援事業者若しくは                      | 岡山市北区中央地域包括支援センター        | 開始年月日 | 開始年月日  |
| 氏名        | 介護 花子                       | サービスの種類              | 5,032単位                  | 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 | 岡山市北区中央地域包括支援センター        | 終了年月日 | 終了年月日  |
| 生年月日      | 昭和 5年 5月 5日                 | 種類支給限度基準額            |                          | 届出年月日                              | 令和元年 10月 1日              | 届出年月日 | 届出年月日  |
| 交付年月日     | 令和元年10月 1日                  | 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 |                          | 種類                                 | 入所等年月日                   | 種類    | 入所等年月日 |
| 保険者番号     | 3 3 1 0 0 9                 |                      |                          | 名称                                 | 入所等年月日                   | 名称    | 入所等年月日 |
| 並びに       | 岡山市北区大供一丁目1番1号              |                      |                          | 施設等                                | 入所等年月日                   | 施設等   | 入所等年月日 |
| 保険者の名称及び印 | 岡山市 (印) 電話(086)803-1000     |                      |                          | 名称                                 | 入所等年月日                   | 名称    | 入所等年月日 |

- ①「要介護状態区分等」: 事業対象者
- ②「認定年月日」: 基本チェックリストを実施し、事業対象者候補となった日
- ③「認定の有効期間」: 介護予防ケアマネジメント届出書のサービス開始年月日(前認定の有効期間の満了日の翌日)から2年間
- ④「地域包括支援センターの名称」: 介護予防ケアマネジメント届出書に記載された地域包括支援センターの名称
- ⑤「届出年月日」: 介護予防ケアマネジメント届出書のサービス開始年月日
- ⑥「区分支給限度額」: 表示はされませんが「5,032単位」です。注意してください。

【新規の場合】

様式第1号（第6条関係）

| 岡山市基本チェックリスト |                                   | 申請区分 | 1.新規 | 2.更新 |
|--------------|-----------------------------------|------|------|------|
| 被保険者番号       | 0 0 0 2 3 4 5 6 7 8               |      |      |      |
| フリガナ         | カイゴ ウメコ                           |      |      |      |
| 氏名           | 介護 梅子                             |      |      |      |
| 住所           | 〒<br>※居所が住民登録地と異なる場合に記入してください(住所) |      |      |      |
| 聞き取り         | 本人(30年5月10日)・本人以外(誰に)             |      |      |      |
| No.          | 質問事項(右の回答欄のいずれかに○をつけてください)        |      |      |      |
| 1            |                                   |      |      |      |
| 2            |                                   |      |      |      |
| 3            |                                   |      |      |      |
| 4            |                                   |      |      |      |
| 5            |                                   |      |      |      |
| 6            |                                   |      |      |      |
| 7            |                                   |      |      |      |
| 8            | 15分連続して歩いていますか                    |      |      |      |
| 9            | この1年間に転んだことがありますか                 |      |      |      |
| 10           | 転倒に対する不安は大きいですか                   |      |      |      |
| 11           | 6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか          |      |      |      |
| 12           | 肥満度は18.5未満ですか 体重( )kg/身長( )cm     |      |      |      |
| 13           | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか           |      |      |      |
| 14           | お茶や汁物等でむせることがありますか                |      |      |      |
| 15           | 口の渇きが気になりますか                      |      |      |      |
| 16           | 週に1回以上は外出していますか                   |      |      |      |
| 17           | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか               |      |      |      |
| 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  |      |      |      |
| 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       |      |      |      |

基本チェックリストの有効期限は最大30日です。提出日に注意してください。

| 様式第2号（第6条関係）   |  | 岡山市総合事業利用に係る介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書 |   |
|--|--|-----------------------------------|---|
| 申請区分   | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 住所地特例者(保険者名) | 東区福祉事務所 H30.5.15 受付               |   |
| 被保険者氏名   | フリガナ カイゴ ウメコ   | 被保険者番号                            | 0 0 0 2 3 4 5 6 7 8                       |
| 氏名   | 介護 梅子  | 個人番号                              |   |
| 生年月日   | 明・大・昭 10年10月10日  | 性別                                | 男・女 <input checked="" type="checkbox"/> 女 |
| 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                            |  |                                   |   |
| 地域包括支援センター名  | 岡山市東区地域包括支援センター  | 地域包括支援センターの所在地                    | 岡山市東区西大寺中二丁目16番33号                        |
| 電話番号   | 086(944)1866   | 事業所番号                             | 3 3 0 0 1 0 0 0 3 3                       |
| 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(※地域包括支援センターが作成する場合は記入不要)        |  |                                   |   |
| 居宅介護支援事業者名   | 〇〇居宅介護支援事業所  | 居宅介護支援事業者の所在地                     | 岡山市東区西大寺南一丁目2番4号                          |
| 電話番号   | ( )  | 事業所番号                             | 3 3 7 7 7 7 7 7 7 7                       |
| サービス開始・変更年月日   | 平成 30年6月1日   | 岡山市長 様                            |   |
| 事業対象者として、岡山市の総合事業サービスを利用したいので、貴市に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届けます。 |  |                                   |   |
| 認定年月日  | 30年5月15日   | サービス開始年月日：<br>ケアマネジメント届出書提出日      |   |
| 被保険者 住所  | 岡山市東区西大寺   | 電話番号 086(777)7777                 |   |

| 介護保険被保険者証         |                                | 要介護状態区分等             |                           | 給付制限  |              |
|-------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------|-------|--------------|
| 番号                | 0 0 0 2 3 4 5 6 7 8            | 要介護状態区分              | ① 事業対象者                   | 開始年月日 |              |
| 住所                | 704-8545                       | 認定年月日                | 平成30年6月15日 ②              | 終了年月日 |              |
| フリガナ              | カイゴ ウメコ                        | 認定の有効期間              | ③ 平成30年6月15日 ~ 平成32年6月30日 | 開始年月日 |              |
| 氏名                | 介護 梅子                          | 区分支給限度基準額            |                           | 終了年月日 |              |
| 生年月日              | 昭和10年10月10日                    | 原サービス等               | ⑥ 1月あたり                   | 開始年月日 |              |
| 交付年月日             | 平成30年6月29日                     | うち種類支給限度基準額          | サービスの種類                   | 終了年月日 |              |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | 331009 岡山市 岡山市長                | 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 | 種類支給限度基準額                 | 開始年月日 |              |
|                   | 岡山市北区大供一丁目1番1号 電話(086)803-1000 |                      |                           | 終了年月日 |              |
|                   |                                |                      |                           | 届出年月日 | 平成30年6月22日 ⑤ |
|                   |                                |                      |                           | 届出年月日 |              |
|                   |                                |                      |                           | 種類名称  | 入所等年月日       |
|                   |                                |                      |                           | 種類名称  | 退所等年月日       |
|                   |                                |                      |                           | 種類名称  | 入所等年月日       |
|                   |                                |                      |                           | 種類名称  | 退所等年月日       |

- ①「要介護状態区分等」: 事業対象者
- ②「認定年月日」: 基本チェックリストを実施し、事業対象者候補となった日
- ③「認定の有効期間」: 介護予防ケアマネジメント届出書のサービス開始年月日(ケアマネジメント依頼届出書提出日)から2年間
- ④「地域包括支援センターの名称」: 介護予防ケアマネジメント届出書に記載された地域包括支援センターの名称
- ⑤「届出年月日」: 介護予防ケアマネジメント届出書のサービス開始年月日
- ⑥「区分支給限度額」: 表示はされませんが「5,032単位」です。注意してください。