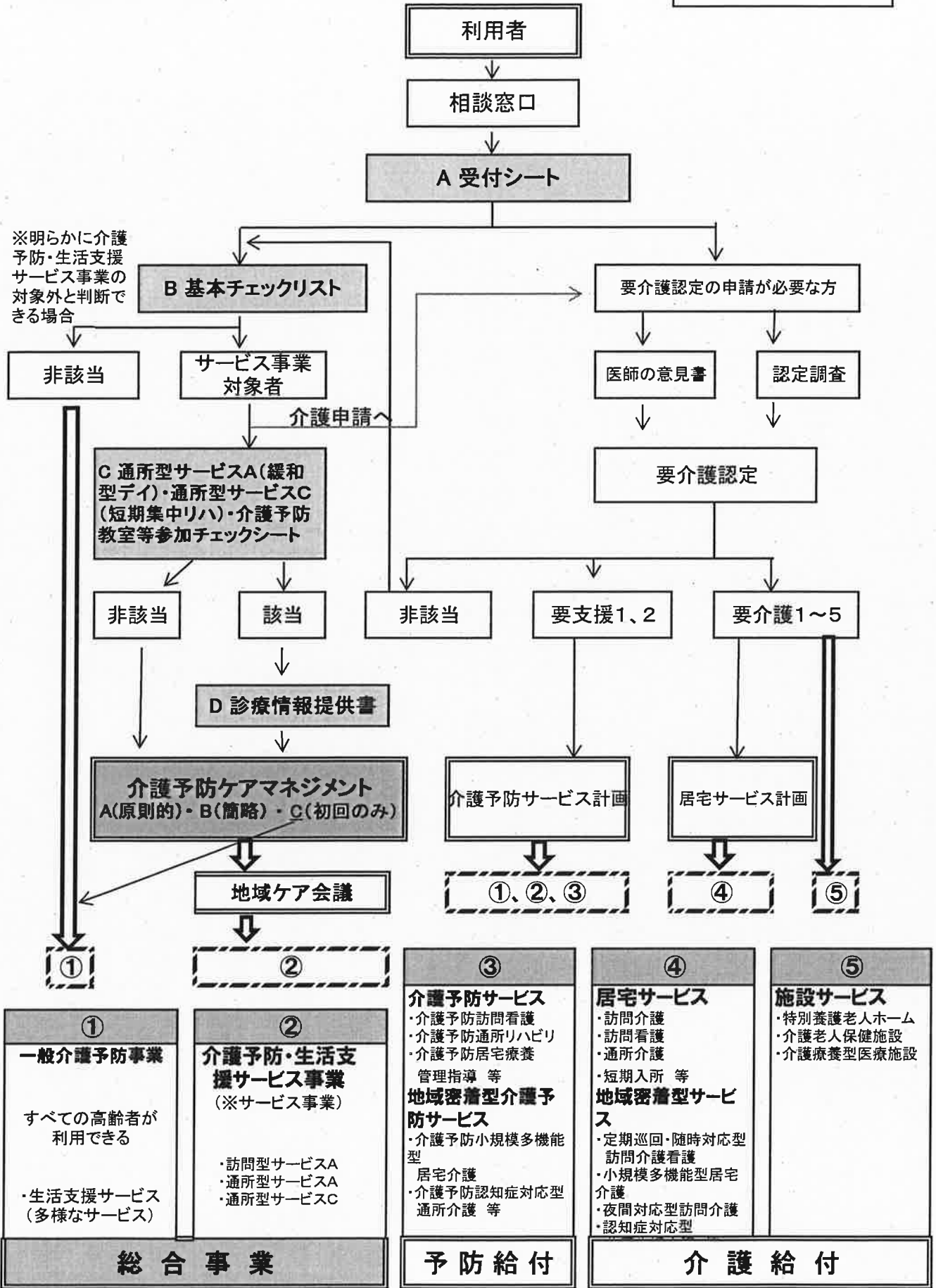


宝達志水町介護サービス・総合事業の利用の手続き

総合受付フローチャート



※明らかに介護予防・生活支援サービス事業の対象外と判断できる場合

C 通所型サービスA(緩和型デイ)・通所型サービスC(短期集中リハ)・介護予防教室等参加チェックシート

**介護予防ケアマネジメント
A(原則的)・B(簡略)・C(初回のみ)**

| | | | | |
|-----------------|--|---|---|--|
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 一般介護予防事業 | 介護予防・生活支援サービス事業 (※サービス事業) | 介護予防サービス | 居宅サービス | 施設サービス |
| すべての高齢者が利用できる | <ul style="list-style-type: none"> 訪問型サービスA 通所型サービスA 通所型サービスC | <ul style="list-style-type: none"> 介護予防訪問看護 介護予防通所リハビリ 介護予防居宅療養管理指導等 地域密着型介護予防サービス <ul style="list-style-type: none"> 介護予防小規模多機能型 居宅介護 介護予防認知症対応型通所介護等 | <ul style="list-style-type: none"> 訪問介護 訪問看護 通所介護 短期入所等 地域密着型サービス <ul style="list-style-type: none"> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 小規模多機能型居宅介護 夜間対応型訪問介護 認知症対応型 | <ul style="list-style-type: none"> 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 |
| 総合事業 | | 予防給付 | 介護給付 | |

| | |
|-----|--|
| 受付者 | |
|-----|--|

A 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

| | | | | | | |
|--|-------------|----|---|---|-----------------------------|---|
| フリガナ | | | | | | |
| 対象者氏名 | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| フリガナ | | | | | ※40歳以上64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ | |
| 窓口来庁者 <small>（対象者以外の場合のみ記入）</small> | | 続柄 | | | | |

1. 現在、介護認定を受けていますか。

- 受けている 【要支援() 要介護()】
 受けていない

※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)
 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)
 日常生活に支障がある物忘れがある

4. 使いたいサービス等がありますか。

| ① 基本チェックリストへ | ② 要介護認定申請へ |
|-----------------|---------------------|
| 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 |
| | |
| | |
| ★ 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。

C 通所型サービスA(緩和型デイサービス)・通所型サービスC(短期集中リハ)・介護予防教室等 参加に係るチェックシート

* 下記について当てはまるものに○をつけてください

| | | | | |
|---|--------------------------|----|-----|------|
| A | この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか | はい | いいえ | → Bへ |
|---|--------------------------|----|-----|------|

| | |
|------------------------------|--|
| その理由は何ですか？ | |
| a) 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血) | |
| b) 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞) | |
| c) 糖尿病、呼吸器疾患などのため | |
| d) 骨粗しょう症や骨折、関節症などによる痛みのため | |
| e) その他(具体的にご記入ください) () | |

| | | | | |
|---|---------------------------------------|----|-----|------|
| B | あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限されていますか？」 | はい | いいえ | → Cへ |
|---|---------------------------------------|----|-----|------|

| | |
|------------------------------|--|
| その理由は何ですか？ | |
| a) 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血) | |
| b) 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞) | |
| c) 糖尿病、呼吸器疾患などのため | |
| d) 骨粗しょう症や骨折、関節症などによる痛みのため | |
| e) その他(具体的にご記入ください) () | |

| | |
|---|----------------|
| C | 以下のご質問にお答えください |
|---|----------------|

| | | | |
|---|----|-----|-------|
| a) この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？ | はい | いいえ | |
| b) 重い高血圧(180mmHg以上/110mmHg以上)がありましたか？ | はい | いいえ | わからない |
| c) 糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？ | はい | いいえ | わからない |
| d) この1年で心電図に異常があるといわれましたか？ | はい | いいえ | わからない |
| e) 家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか | はい | いいえ | |
| f) この1か月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？ | はい | いいえ | |

| | |
|---|--|
| D | あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか？以下の質問にお答えください。 |
|---|--|

| | | |
|--------------------------------|----|-----|
| a) 足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。 | はい | いいえ |
| b) 口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。 | はい | いいえ |
| c) 栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。 | はい | いいえ |
| d) 認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。 | はい | いいえ |
| e) 気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい | はい | いいえ |

■ * 1か所以上あれば D診療情報提供書が必要

D 通所型サービスA(緩和型デイサービス)・通所型サービスC(短期集中予防)・介護予防教室等の実施に関する診療情報提供書

宝達志水町地域包括支援センター長 様

所在地
医療機関名
医師名
電話番号

次の方について、情報提供します。

| | | | | | | |
|----|-------|------|-------|-------|---|-------|
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日(歳) |
| 住所 | 宝達志水町 | | 電話 | 0767- | | |

病状・既往歴

| | | | | |
|---------|-----------|---|---|---|
| 主傷病名 | 発症年月日 S・H | 年 | 月 | 日 |
| その他の傷病名 | 発症年月日 S・H | 年 | 月 | 日 |

治療状況 (以下の項目の情報があれば記載ください)

| | | | | | | | |
|----------------|----------------|--------------|----------|-----|---|---|------|
| 血圧 | 最近の測定値 | / | mmHg | (平成 | 年 | 月 | 日現在) |
| 循環器検査 | 心電図所見 なし・あり() | | | | | | |
| 貧血検査 | 赤血球 ヘモグロビン値 | 万/UI g/dl | ヘマトクリット値 | % | | | |
| 血液科学検査 | 血清アルブミン値 | g/dl | 他() | | | | |
| 感染症の有無 | 感染症 なし・あり() | | | | | | |
| 身体計測 | 身長 | cm | 体重 | Kg | | | |
| その他 特記すべき事項 | | | | | | | |

総合判定(総合事業への参加の可否) に 印を記入してください。

総合事業への利用が望ましい。 いくつかでも 印をつけてください。

緩和型デイサービス*1 短期集中予防*2

介護予防教室

* 参加時の留意点やご意見を記入ください。ex) 血圧〇〇/△△以上は運動・入浴禁止など

医学的理由により総合事業の利用は不相当である。

総合事業は必要なし。(現段階では必要とは考えられない)

* 1 緩和型デイサービスとは、介護認定を受けなくても基本チェックリスト等でサービスを受けられるデイサービス。高齢者の閉じこもり予防などレクリエーションや運動等を行う。送迎あり。人員基準を緩和した町独自の事業。

* 2 短期集中予防とは、退院後等の集中的な生活訓練を行い、日常生活の支障を改善する通所サービス(3か月)。