

松江市介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票



※相談される人は、下記太枠内を記入してください。

相談日	令和 年 月 日 ()	相談 受付場所	包括・居宅支援事業所・介護保険課・支所			包括以外の対応者は記入↓
		対応者		事業所名		

本人	被保険者番号		生年月日	大正・昭和 年 月 日		
	フリガナ		性別	男・女	年齢	満 歳
	名前		電話番号			
	住所	松江市				
代理人	名前		続柄			
	住所		電話番号			

【相談対応者確認欄】 ※要介護認定③該当者は、有効期間終了後にこの事業の対象となることを説明し、相談対応してください。

要介護 認定	①申請歴なし ②申請歴あるが現在認定なし ③現在認定あり			総合事業の該当	なし・あり
	③該当者記載欄	介護度	要支援 1・2 要介護()	有効期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日

□ 介護予防・日常生活支援総合事業についての説明 ※相談対応者は必ず説明し、☑してください

【相談内容確認】 ※下記内容について聞き取りで確認し、該当項目のチェック欄に☑してください。

項目	No.	確認事項	チェック欄
利用 希望 する 内容	1	「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用して自分で生活したい。 ※回数・内容等はケアマネジメントで決定されます。介護者がいない(日中)独居や高齢者世帯等が対象です。	<input type="checkbox"/>
	2	「通所介護」を利用して、今の生活を維持したい。 ※回数・内容等はケアマネジメントで決定されます。	<input type="checkbox"/>
	3	下記の介護予防サービスを利用したい(希望するサービスに○) 1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 福祉用具レンタル 5. 訪問入浴 6. 住宅改修 7. 地域密着型サービス 8. 福祉用具購入	<input type="checkbox"/>
	4	介護予防としての住民の通いの場や健康教室等を利用したい。	<input type="checkbox"/>
	5	介護予防としての住民の通いの場や健康教室等の支援のための活動に関わりたい。	<input type="checkbox"/>
本人 の 状態	6	一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる	<input type="checkbox"/>
	7	身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる	<input type="checkbox"/>
	8	かかってきた電話の対応や伝言が正しく行うことができる	<input type="checkbox"/>
	9	歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない	<input type="checkbox"/>
	10	大きな病気やけがで入院又は療養中である、または主治医・医療機関から勧められた	<input type="checkbox"/>

【判断基準】 ※上記チェック状況から、該当のチェック欄に☑して、必要な手続きを進めてください。

No.1、2のいずれか、かつNo.6~8のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象者です 市職員が相談対応した場合は担当包括を紹介し、 連絡がある旨、伝えてください。	<input type="checkbox"/>
No.3、9、10のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	<input type="checkbox"/>
No.4、5のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 一般介護予防事業及び運営団体を紹介してください。	<input type="checkbox"/>
◎すぐにサービスが必要：() 包括支援センターに連絡 ⇒ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/>

※基本チェックリストを実施した場合は、松江市基本チェックリスト・確認票・介護予防ケアマネジメント作成依頼書を介護保険課(認定係)へ提出願います。

※居宅支援事業所等がチェックリストを実施した場合は、**対象者居住地担当の地域包括支援センターへ提出**してください。(直接、松江市に提出しないこと)

介護保険課確認欄	
負担割合証	発行・既発行()
介護認定	無・有() まで
総合事業の開始日	<small>※介護認定有の場合のみ</small>
発送日・者	/