

岡崎市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱 新旧対照表(案)

改正案	現 行
<p>(第1号事業の利用対象者)</p> <p>第15条 略</p> <p>(1)・(2) 略</p> <p>(3) <u>施行規則第140条の62の4第3号に規定する居宅要介護被保険者のうち、困りごと支援型訪問サービス及び地域支えあい型訪問サービスを継続利用する者。</u></p> <p>2 略</p> <p>(介護予防ケアマネジメントの実施)</p> <p>第16条 第5条第1号ウに掲げる介護予防ケアマネジメントの実施に際し、必要な事項は岡崎市介護予防ケアマネジメント実施要領において定める。</p> <p>(事業対象者ではなくなった場合の処理)</p> <p>第19条 略</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 第1号事業の最終利用日の属する月の翌月から<u>1年</u>が経過したとき。</p>	<p>(第1号事業の利用対象者)</p> <p>第15条 略</p> <p>(1)・(2) 略</p> <p>2 略</p> <p>(介護予防ケアマネジメントの実施)</p> <p>第16条 第5条第1号ウに掲げる介護予防ケアマネジメントの実施に際し、必要な事項は岡崎市介護予防ケアマネジメント実施要項において定める。</p> <p>(事業対象者ではなくなった場合の処理)</p> <p>第19条 略</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 第1号事業の最終利用日の属する月の翌月から<u>3か月</u>が経過したとき。</p>

第1号様式

基本チェックリスト

住所 岡崎市 実施日 年 月 日

氏名 大 年 月 日(歳) (男・女)

実施者: 本人 ・ 相談者 (経路:) 連絡先 -

N	質問事項	回答	判定
1	バスや電車で一人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 5 20 3/5 以上
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) *BMIが18.5未満の場合に該当		10 / 20 / 2/2
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 2/3 以上
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 2/3 以上
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 2 / 1/2 以上
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 2 / 1/2 以上
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 1/3
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 1/3
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけるをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 1/3
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 1/3
21	〈ここ2週間〉毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 5 / 2/5 以上
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
23	〈ここ2週間〉以前は涙にできていたことが今はおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
24	〈ここ2週間〉自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

介護保険事業の適切な運営とケアマネジメントに活用するため、基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

担当の地域包括支援センターから連絡しますので連絡先をご記入ください(連絡先:)

面接希望日・時間等ご記入欄()

認定申請あり チェックリストのみ 新規 更新 市役所 () 包括支援センター

第1号様式

基本チェックリスト

住所 岡崎市 実施日 年 月 日

氏名 大 年 月 日(歳) (男・女)

実施者: 本人 ・ 相談者 (経路:) 連絡先 -

N	質問事項	回答	判定
1	バスや電車で一人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 5 20 3/5 以上
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) *BMIが18.5未満の場合に該当		10 / 20 / 2/2
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 2/3 以上
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 2/3 以上
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 2 / 1/2 以上
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 2 / 1/2 以上
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 1/3
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 1/3
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけるをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 1/3
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 3 / 1/3
21	〈ここ2週間〉毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() / 5 / 2/5 以上
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
23	〈ここ2週間〉以前は涙にできていたことが今はおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
24	〈ここ2週間〉自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

介護保険事業の適切な運営とケアマネジメントに活用するため、基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

担当の地域包括支援センターから連絡しますので連絡先をご記入ください(連絡先:)

面接希望日・時間等ご記入欄()

認定申請あり チェックリストのみ 新規 更新 市役所 () 包括支援センター

