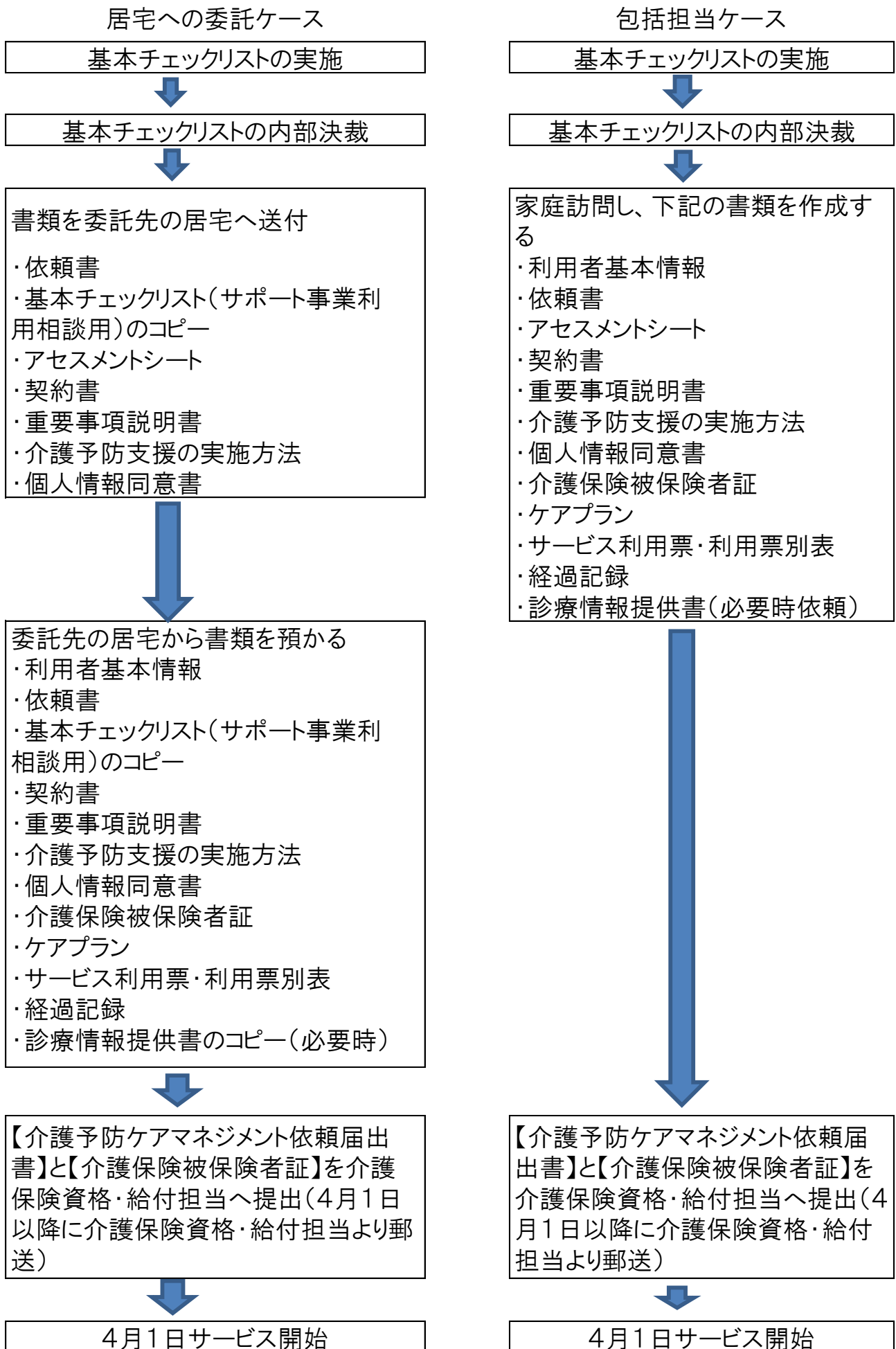


1 基本チェックリストからサービス開始までの流れ



利用者基本情報

作成担当者：

①

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住 所	Tel ()		Fax ()	
	Fax ()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
	友人・地域との関係			

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

実施日	平成 年 月 日 ()	実施場所	来所 ・ 訪問 その他 ()
被保険者番号	0 0 0	生年月日	
フリカナ		明 大 昭	
氏 名		年 月 日 () 才	
住 所	〒 吹田市		

NO.	質問項目	回答 (いずれかに○印)		1. の 個数
		0. はい	1. いいえ	
暮らし	1 バスや電車で1人で外出していますか 自分で車を運転し外出している場合も含まれます	0. はい	1. いいえ	A 1~20のうち 10個 □
	2 日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要なものが買えていますか	0. はい	1. いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0. はい	1. いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません	0. はい	1. いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談は含まれます	0. はい	1. いいえ	
運動	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使う程度であれば「はい」、能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0. はい	1. いいえ	B 6~10のうち 3個 □
	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 時々使う程度であれば「はい」とします	0. はい	1. いいえ	
	8 15分間位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません	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 転倒したかどうかをお考えください	1. はい	0. いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか ご自分の感じ方でお答えください	1. はい	0. いいえ	
栄養	11 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか 6か月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	C 11、12 全て □
	12 身長 (cm) 体重 (kg) (BMI =) BMI = (体重 (Kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)) が 18.5 未満の場合に該当とします	1. はい	0. いいえ	
歯や口	13 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	D 13~15のうち 2個 □
	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	

No	質問項目		回答 (いずれかに○印)		1. の 個数
			0. はい	1. いいえ	
外出	16	週に1回以上は外出していますか 過去1か月の状態を平均してください	0. はい	1. いいえ	E 16に 該当 □
	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	
もの忘れ	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 ご自分で物忘れを感じていても、周りの人に言われない場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	F 18~20 のうち 1個 □
	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 誰かに調べてもらう、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします	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 月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします	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	G 21~25の うち2個 □
	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) 自分が役に立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	
医療情報	26	この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか	1. はい	0. いいえ	
	27	かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	1. はい	0. いいえ	
	28	この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか	1. はい	0. いいえ	
	29	重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか	1. はい	0. いいえ	
	30	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか	1. はい	0. いいえ	
	31	この1年間で心電図に運動を制限するような異常があるとされましたか	1. はい	0. いいえ	
現在の健康状態		よい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまりよくない ・ よくない			

備考欄

<p>確認同意欄</p> <p>私は、この基本チェックリストが私からの聞き取りに基づき作成されたものであることを確認しました。</p> <p>また、地域包括支援センターおよび事業者等の関係機関へ情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p>
--

地域包括支援 センター 確認欄	判定結果		該当項目	記載者	確認者	センター 長
	該当	非該当	A B C D E F G			

基本チェックリスト該当者の基準

A No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	複数項目に支障
B 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
C No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	低栄養状態
D 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
E No.16～17 の 2 項目のうち、No.16 に該当	閉じこもり
F No.18～20 までの 3 項目のうち 1 項目以上に該当	認知機能の低下
G 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

(注) この表における該当とは、回答が「1。」に該当することをいう。

【No.26～31 までの 6 項目について】

事業対象者は、要介護等認定のプロセスを踏まないことから、介護保険認定者のように主治医意見書による医療情報が得られないため No.26～31 の医療項目を設けている。(事業対象者の基準項目外)

1項目以上に該当し、初めて通所型サポートサービス利用を希望される場合は必須、また、その他、医師の判断が必要な場合には、本人・家族等から丁寧に身体状況を聞き取るとともに、「診療情報提供書」を用い主治医の意見を確認する。

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解してもらってください。
- ②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。
- ③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。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目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せん。
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1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か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で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か月以上かかって減少している場合は「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か月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。

13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固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	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、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されますか	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	

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書

平成 年 月 日

吹田市長あて

依頼者 住所

氏名

利用者との続柄

電話番号

次のとおり、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼します。

利 用 者	氏名	ふりがな									
	住所	吹田市						電話番号			
	生年月日	1 明治 2 大正		年 月 日		年齢		歳		性別 男・女	
	介護保険被保険者番号		0	0	0						
介護保険認定状況		区分				要支援1 ・ 要支援2					
		認定日				年 月 日					
		有効期間				年 月 日から 年 月 日					
基本チェックリスト状況		基本チェックリスト実施日				年 月 日					
		基本チェックリスト実施地域包括支援センター				地域包括支援センター					
		基本チェックリスト実施者									
訪問先住所		1. 依頼者住所地 2. 利用者住所地 3. その他の住所地				その他の住所地 <div style="text-align: right;">電話番号 _____</div>					
<p>地域包括支援センターが行う業務において利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定、要支援認定または基本チェックリストの該当に係る調査内容・意見、及び利用者基本情報、アセスメントシート等を、居宅介護支援事業者、介護保険施設、主治医、その他業務の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。</p>											
<p>利用者本人氏名 _____</p>											

平成 年 月 日

氏名 _____

吹田市高齢者安心・自信サポート事業 アセスメントシート

領域	項目	番号	確認内容	評価尺度		回答				
						1回目	2回目	3回目	4回目	
						/	/	/	/	
運動	運動	1	自宅内を食器や洗濯物などの物を持って歩けますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		2	外出時、かばんや荷物などの物を持って歩けますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		3	ズボン・スカートを立ったまま、支えなしで着脱できますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
生活	洗濯・清掃等	4	布団の出し入れ、ベッドの整え、シーツ交換、布団干しをしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		5	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		6	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		7	ごみの分別やごみ出しをしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		9	寝間着や肌着の着替えができますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		11	洗顔、ひげそり（男性）等を行い、髪を整えていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		12	爪の手入れができますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	栄養・食生活	13	食事の用意をしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		14	毎日、定期的に食事をしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		15	主食・主菜（肉、魚、卵、乳製品、大豆製品）・副菜（野菜、海藻など）をバランスよく食べていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
健康	認知	16	火の始末や戸締りはできますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		17	前の晩に食べたものを思い出せますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	排泄	18	尿もれ、便秘、下痢など、排泄に関する心配がありますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		口腔	19	歯や入れ歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ			
	20		自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	健康管理	21	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		22	薬はきちんと飲んでいますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		23	食事内容に指導を受け、その注意を守っていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		24	散歩や体操を週1回以上していますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
	うつ	25	十分な睡眠は取れていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
社会	閉じこもり	26	趣味や楽しみ、好きでしていることはありますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		27	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		28	家庭で決まった仕事や役割はありますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		29	親族、友人、隣近所との付き合いや談笑する機会がありますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				
		30	催し物や地域の活動などに参加していますか	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ				

※すべての行為ができていれば「はい」、ひとつでも欠けていれば「少し・時々」、すべてができていなければ「いいえ」

アセスメントの際の留意点

運動：移動、家事等の動作の状態を把握します。

生活：家事（調理・掃除・洗濯・ゴミ出し等）や身の回りのことを行っているか把握します。

健康：食事、排泄、運動、休養の観点から定期受診が行われているかどうか等を把握します。

社会：社会参加（仕事・ボランティア・老人会の参加等）ができていないか、家族や近隣の人との関係が保たれているかどうか、家庭内の役割の有無を把握します。

領域	項目	番号	確認内容	0. はい	1. 少し・時々	2. いいえ
運動	運動	1	自宅内を食器や洗濯物などの物を持って歩けますか	両手で持って歩ける	片手に少量を持って、複数回に分けている	全て家族などが支援している
		2	外出時、かばんや荷物などの物を持って歩けますか	歩ける	歩行者などを利用すれば歩ける	物を持っては歩けない
		3	ズボン・スカートを立ったまま、支えなしで着脱できますか	できる	何かにつかまればできる	座らなとできない
生活	洗濯・清掃等	4	布団の出し入れ、ベッドの整え、シーツ交換、布団干しをしていますか	全てしている	4つの行為のうち、いずれかができない	4つの行為のうち、いずれもできない
		5	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか	一連の行為を自分でやっている	一連の行為のうち、いずれかに支援を受けている	全て家族などが支援している
		6	家の中や家のまわりの片付けや掃除などを行っていますか	一連の行為を自分でやっている	一連の行為のうち、いずれかに支援を受けている	全て家族などが支援している
		7	ごみの分別やごみ出しをしていますか	一連の行為を自分でやっている	分別やまとめることはできるが自分で出せないなど一部支援を受けている	全て家族などが支援している
	更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	できる	声かけなどがあればできる。	全て家族などが介助している
		9	寝間着や肌着の着替えができますか	できる	整えるなど一部介助があればできる。	全て家族などが介助している
	入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	できる	手の届かない部分など一部介助があればできる	全て家族などが介助している
		11	洗顔、ひげそり（男性）等を行い、髪を整えていますか	できる	一部介助があればできる	全て家族などが介助している
		12	爪の手入れができますか	できる	一部介助があればできる	全て家族などが介助している
	栄養・食生活	13	食事の用意をしていますか	全てできる	炊飯やレンジの操作などが一部できる	全て家族などが支援している
		14	毎日、定期的に食事をしていますか	している	時間や回数がまちまち	おなかがすいたら食べるなど不規則
		15	主食・主菜（肉、魚、卵、乳製品、大豆製品）・副菜（野菜、海藻など）をバランスよく食べていますか	考えて食べている	一部偏りがある	同じものばかり食べるなど極端な偏りがある
	認知	16	火の始末や戸締りはできますか	できる	直近1年で鍋を焦がす・戸締りを忘れるなどの失敗が数回ある	直近1年で火の始末・戸締りの失敗が度々ある。また家族などの管理下にある
		17	前の晩に食べたものを思い出せますか	思い出せる	思い出せるが不明瞭なことがある	全く思い出せない
	排泄	排泄	18	尿もれ、便秘、下痢など、排泄に関する心配がありますか	全くない	間に合わないことがあり心配
19			歯や入れ歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	している	声かけや準備してもらえばできる	全て介助または全く行っていない
健康	口腔	20	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	かみしめられる	かみしめに不具合があり、かみしめられないことがある	常時かみしめられない
		21	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	受けている	気になった時だけ受診したり健診を受ける	全く受けていない
	健康管理	22	薬はきちんと飲んでいますか	忘れず飲んでいる	時々忘れてしまい飲んでいないことがある	全く管理ができない
		23	食事内容に指導を受け、その注意を守っていますか	バランスや量など決められたことに注意して食べている*制限ない人は「はい」	注意は気にしているが、時々好きなものを食べてしまう	注意は気にしないで好きなものを食べる
		24	散歩や体操を週1回以上していますか	週1回以上している	月に1回程度している	全くしていない
うつ	25	十分な睡眠は取れていますか	7時間以上とれており、熟眠感が得られている	7時間未満、もしくは熟眠感が得られていない（入眠困難、中途覚醒など）	7時間未満かつ熟眠感が得られていない	
社会	閉じこもり	26	趣味や楽しみ、好きでしていることはありますか	週に1回程度ある	年に何回かある	楽しみが全くない
		27	日中寝ないで起きて過ごしていますか	日中はほとんど寝ることはない	週に1回程度は日中に寝ることがある	ほぼ毎日日中に寝て、夜に眠れず起きている
		28	家庭で決まった仕事や役割はありますか	毎日決まった仕事や役割がある	週に1回程度ある	全くない
		29	親族、友人、隣近所との付き合いや談笑する機会がありますか	毎日ある	週に1回程度ある	全くない
		30	催し物や地域の活動などに参加していますか	よく参加している	時々参加している	全く参加していない

※すべての行為ができていれば「はい」、ひとつでも欠けていれば「少し・時々」、すべてができていなければ「いいえ」

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約書

地域包括支援センター運営法人

_____様（以下「利用者」という。）と、_____（以下、「センター」といいます。）は、介護保険法第 58 条に規定する介護予防支援及び「法」115 条の 45 第 1 項第 1 号二に規定する第 1 号介護予防支援事業（以下、「介護予防ケアマネジメント」という。）について、各々対等の立場でその内容を確認し、次のとおり契約を締結し、信義に従い、誠実にこれを行うものとしします。

本市における「介護予防ケアマネジメント」とは、サポートケアマネジメントとして継続コースのケアマネジメント、期間限定コースのケアマネジメント、短期集中コースのケアマネジメント及びはつらつケアマネジメントとして予防コースのケアマネジメントのことを指します。またはつらつケアマネジメントは、初回のみ介護予防ケアマネジメントとします。

（目的等）

第 1 条 センターは、要介護状態の悪化の防止に資するよう、利用者が可能な限

りその居宅において、その尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療との連携に配慮し、介護予防サービス・支援計画を作成するとともに、介護予防サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者及び関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。また、利用者はこれらの業務の遂行に必要な協力を行うとともに、利用者が費用負担しなければならない所定の利用料、その他の費用を支払うものとしします。

（契約の内容）

第 2 条 業務内容等は、下記のとおりとします。

- ① 介護予防サービス・支援計画の作成
- ② 介護予防サービス事業者及び関係機関等との連絡調整
- ③ サービス実施状況把握、評価
- ④ 利用者状況の把握
- ⑤ 給付管理
- ⑥ 要支援、要介護認定等の申請に対する協力、援助
- ⑦ 相談業務

（契約の有効期間）

第 3 条 この契約の有効期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとします。ただし、契約期間満了日までに利用者から契約終了を申し出ない限り、この契約は自動更新するものとしします。

（契約の解約）

第 4 条 利用者から行う解約措置

- (1) 利用者は契約期間中にこの契約を解約しようとする場合は、センターに

対して契約終了を希望する日の7日前までにその旨を申し出るものとします。ただし、利用者の病状の急変、緊急の入院等やむを得ない事情がある場合はこの限りではありません。

(2) 次の場合、利用者はセンターに申し出を行うことにより事前申し出の期間なしにこの契約を解約することができるものとします。

ア センターが正当な理由なく介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を行わない場合

イ センターが明らかな守秘義務に反した場合

ウ センターが利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

エ その他センターがこの契約に定める介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供を正常に行い得ない状況に陥った場合

2 センターから行う解約措置

(1) センターは、休廃止等この契約に基づく介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供が困難になるなどやむを得ない事情がある場合は、利用者に対してこの契約の解約を指定する日から1ヶ月以上の期間において、利用者に解約理由を示した書面を通知することにより、この契約を解約することができるものとします。

(2) 利用者又はその家族などが、センターの従業者等に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、1ヶ月以上の事前申し出の期間なしに、この契約を解約することができるものとします。

3 契約の自動終了

(1) 利用者の介護認定区分が「自立」若しくは「要介護」と判定された場合

(2) 利用者が死亡した場合

(3) 利用者がセンターの指定介護予防事業者としての実施地域外へ転居、転出した場合。

(4) 利用者が本市の基本チェックリストにて該当者でなくなった場合

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者)

第5条 センターは、介護予防サービス・支援計画の作成及び介護予防サービス事業所等との連絡調整等の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの業務を担当する従業者を選任し、その者の氏名を利用者に書面により通知するものとします。

2 センターは、従業者を交代させる場合には、交代の理由を明らかにし、交代後の従業者の氏名を書面により利用者に通知するものとします。

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法)

第6条 センターが利用者に対して提供する介護予防は、別紙記載の「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等について」に基づき実施するものとします。

2 利用者又はその家族は、センターが提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネ

ジメントの内容が別紙に基づいて実施されていないと認められる場合には、センターに対して説明を求め必要に応じて改善を申し出ることができます。

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供内容の記録)

第7条 センターは介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の提供内

容に関する記録を行うとともに、これを利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント終了の日から5年間保管するものとします。

2 利用者は、センターに保管されるこの記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

(料金)

第8条 この契約書に基づき、センターが提供する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントなどにかかわる料金は重要事項説明書のとおりです。

(秘密保持及び個人情報の保護)

第9条 センター及びセンターの従業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏洩することは禁止されます。この秘密を保持する義務は契約終了後も継続するものとします。

2 センターは利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（磁気媒体情報及び伝送情報を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

(身分証携行)

第10条 センターの従業者は常に身分証を携行し、利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示するものとします。

(利用上の注意義務など)

第11条 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施及び安全衛生等の管理上、必要があると認められる場合は、利用者はセンター及びその従業者が利用者の居宅内に立ち入り、必要な措置をとることを認めるものとします。ただし、その場合、センターは利用者のプライバシー等の保護について、十分な配慮をするものとします。

2 利用者の心身の状況などにより特段の配慮が必要な場合には、利用者及びその家族とセンターとが、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容について介護保険法令やその他の法令の定めるところに従い、協議の上決定するものとします。

(賠償責任)

第12条 センターは介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供にともなって、センターの責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合は、その責任の範囲において利用者に対して損害を賠償するものとします。

(相談・苦情対応)

第13条 センターは利用者からの相談・苦情の窓口を設置し、自ら提供した介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント又は、介護予防サービス・支援計画に位置づけた介護予防サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し迅速かつ適切に対応するものとします。

(契約内容の履行と契約外事項の取扱い)

第14条 利用者及びセンターは、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意をもって協議の上定めるものとします。

(合意裁判管轄)

第15条 この契約について、やむを得ず訴訟となる場合は、センターの所在地を直轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを、利用者及びセンターは予め合意することとします。

(居宅介護支援サービス契約の終了)

第16条 利用者と居宅介護支援事業者が、平成 年 月 日付で締結した居宅介護支援サービス契約については、この契約の締結により終了します。

以上の契約を証するため本書2通を作成し、利用者、センターが記名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

平成 年 月 日

利用者

住 所

氏 名

印

上記代理人（代理人を選定した場合）

住 所

氏 名

印

地域包括支援センター運営法人および事業所

住 所

法人名称

代表者職名

印

○ この契約に定める介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを担当する事業所に関する記載

事業所名 [_____] 地域包括支援センター

事業所所在地

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて、サービスを利用する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明」は、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）第4条の規定に基づき、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記したものです。

1 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する事業者について

事業者名称	
代表者氏名	
所在地	〒 (電話 FAX)

2 ご利用者への介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを担当する事業所について

① 事業所の名称等

事業所名称	
介護保険指定事業者番号	(吹田市指定)
事業所所在地 (連絡先)	〒 (電話 FAX)
管理者氏名	
営業日・時間	月曜日から金曜日 ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日を除く。 午前9時から午後5時30分
職員体制	管理者(1名)、担当職員(1名以上)(各々資格のあるものが担当します。)

②事業の目的及び運営方針

事業の目的	介護保険法に基づき、要支援者等からの相談に応じて、介護予防サービス等の適切な利用ができるよう便宜の提供を行うことを目的とする。
運営方針	利用者の意思及び人格を尊重するとともに、利用者の心身の状況や環境等に応じて利用者の選択に基づき、自立に向けて設定された目標を達成するために適切な保険（予防）給付等が提供されるように配慮する。また、利用者への介護予防支援の提供にあたっては、公正・中立を遵守し、関係機関や多職種との連携を図るように努める。

3 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容および利用料等

内容	提供方法	介護保険適用の有無	1ヶ月当たりの利用料
① 介護予防サービス・支援計画の作成	「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等について」を参照してください。	①～⑦は、一連業務として介護保険の対象となるものです。	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント費 *「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等について」別紙《参考》を参照してください。
② 介護予防サービス事業者等との連絡調整			
③ サービス実施状況の把握、評価			
④ 利用者状況の把握			
⑤ 給付管理			
⑥ 要介護等認定の申請に対する協力、援助			
⑦ 相談業務			

- * 介護保険または生活保護法の規定による介護扶助の適用者となる場合、上記の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント費にかかる利用料は不要です。
- * ただし、介護保険が適用される場合であっても、利用者の保険料滞納等により、法定代理受領ができない場合には、いったん料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行することになります。この証明書を吹田市の窓口提供すると払い戻しされる場合があります。

4 利用者の居宅への訪問頻度のめやす

地域包括支援センター（以下「センター」という）の担当職員または居宅介護支援事業所（以下「事業所」という）の介護支援専門員が利用者の状況把握のため、利用者の居宅を訪問する頻度は、おおむね3ヶ月に1回となります。ただし、上記の回数以外にも、利用者からの依頼や介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の遂行に不可欠と認められる場合で利用者の承諾を得た場合には、利用者の居宅を訪問することができます。

なお、介護予防ケアマネジメントのうち、はつらつケアマネジメントについては、初回のみ介護予防ケアマネジメントであるため、利用者への居宅への訪問等については簡略化します。

5 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

センター（事業所を含む）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

② 個人情報の保護について

センター（事業所を含む）は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。センター（事業所を含む）は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

6 高齢者虐待防止について

センター（事業所を含む）は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 研修等を通じて、担当職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。

② 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

7 事故発生時の対応

センター（事業所を含む）が利用者に対して行う介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・吹田市等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、センター(事業所を含む)が利用者に対して行った介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、その責任の範囲内において損害賠償を速やかに行います。

8 苦情処理の対応方法

センター(事業者を含む)は利用者及びその家族からの相談・苦情の窓口を設置し、自ら提供した介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント又は介護予防サービス・支援計画に位置づけた介護予防サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し迅速かつ適切に対応するものとします。

9 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に関する相談、苦情について

【地域包括支援センターの窓口】 名称	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間
【市町村の窓口】 吹田市介護保険資格給付グループ	所在地 吹田市泉町1丁目3番40号 電話番号 6384-1231 (代表) FAX 番号 6368-7348 受付時間 9:00~17:30 (月~金)
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会 受付窓口：介護保険室介護課	所在地 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号 電話番号 6949-5418 FAX 番号 6949-5417 受付時間 9:00~17:00 (月~金)

10 重要事項の説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）」第4条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

【説明者】

法人名

代表者名

事業所名

所在地

説明者氏名

印

上記内容の説明を確かに受けました。

【利用者】

住所

氏名

印

【上記代理人】（代理人を選定した場合）

住所

氏名

印

利用者_____様

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等について

1 介護予防サービス・支援計画の作成について

① 介護予防サービス・支援計画作成の担当者について

事業所 _____

担当者 _____

② 地域包括支援センター（以下「センター」という）は介護予防サービス・支援計画の原案作成に際しては、次の点に配慮します。

- ア 利用者の居宅への訪問、利用者及びその家族への面接により利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
- イ 利用する介護予防サービス等の選択にあたっては、当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関する情報を利用者又はその家族に提供します。
- ウ センターは、利用者に対して介護予防サービスの内容が特定の種類、事業者に不当に偏るような誘導又は指示を行いません。
- エ センターは、介護予防サービス・支援計画の原案が、利用者の実情に見合ったサービスの提供となるよう、サービス等の担当者から専門的な見地からの情報を求めます。
- オ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員等が本業務を行う際には、常に身分証を携行し、利用者又は利用者の家族から提示を求められた時には、いつでも身分証を提示します。
- カ 介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、利用者の意欲を高め、利用者による主体的な取り組みを支援します。
- キ 利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うよう努めます。

③ センターは、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。

④ センターは、介護予防サービス・支援計画の原案について、介護保険給付の有無、利用料等の利用者のサービス選択に資する内容を利用者又はその家族に対して説明します。

- ア センターは、利用者の介護予防サービス・支援計画の原案への同意を確認した後、原案に基づく介護予防サービス・支援計画を作成し、改めて利用者の同意を確認します。
- イ 利用者は、センターが作成した介護予防サービス・支援計画の原案に同意しない場合には、センターに対して介護予防サービス・支援計画の原案の再作成を依頼することができます。

2 サービス実施状況の把握、評価について

- ① センターは、介護予防サービス・支援計画作成後も、利用者又はその家族、さらに指定介護予防サービス事業者と継続的に連絡をとり、介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握に努めるとともに、目標に沿ったサービスが提供されるよう指定介護予防サービス事業者等との調整を行います。
- ② センターは、介護予防サービス・支援計画が効果的なものとして提供されるよう、利用者の状態を定期的に評価します。
- ③ センターは、利用者が要介護状態となった場合には、利用者へ居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業所に関する情報を提供するとともに、利用者が選定した居宅介護支援事業所に対して、利用者の同意を得た上で、利用者に関する情報を提供します。

3 介護予防サービス・支援計画の変更について

センターが介護予防サービス計画の変更の必要性を認めた場合、センターと利用者双方の合意をもって介護予防サービス・支援計画の変更を、この介護予防支援業務実施方法等の手順に従って実施します。

4 給付管理について

センターは、介護予防サービス・支援計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成します。

5 要介護認定等の協力について

- ① センターは、利用者の要介護又は要支援認定の更新申請及び状態の変化の伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います。
- ② センターは、利用者が希望する場合は、要支援、要介護認定等の申請を利用者に代わって行います。

6 料金について

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに対しては、利用者の負担はありません。ただし、介護保険が適用される場合であっても、利用者の保険料滞納等により、法定代理受領ができない場合においては、いったん1か月あたりの料金を利用者が支払ったうえで、サービス提供証明書を発行することになります。

※サービス提供証明書を吹田市の窓口に提出すると払い戻しされる場合があります。

《参考》

介護保険法（平成9年法律第123号）第58条第2項の規定に基づく介護報酬

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント費（月額）

初回月	月額7,913円
2ヶ月目以降	月額4,661円
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	1回3,252円を追加

*上記については、平成27年4月以降の利用分に適用されます。

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

介護予防支援事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の介護予防サービス・支援計画に基づき、指定介護予防サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議、関係機関との調整等に必要である場合に使用すること。

2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供には、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係機関以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 介護予防支援事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他、業務を実施するうえで必要となる情報

*「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得るものをいいます。

4 使用する期間

平成 年 月 日から契約終了日まで

平成 年 月 日

地域包括支援センター運営法人

[]様

利用者 住所
氏名 印

代理人 住所
氏名 印

利用者家族 住所
利用者との続柄（ ） 氏名 印

被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号					
フリガナ					0	0	0			
					生 年 月 日				性 別	
					明 治・大 正 昭 和・西 暦 年 月 日				男・女	
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者等 又は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										
事業所番号					事業所の所在地		〒			
事業所名					電 話 番 号					
事業所を変更する場合の理由等		※事業所を変更する場合のみ記入してください。								
変更年月日 平成 年 月 日付										
吹田市長 様										
<input type="checkbox"/> 上記の居宅介護支援事業者に <u>居宅サービス計画</u> の作成を依頼することを届け出ます。 <input type="checkbox"/> 上記の介護予防支援事業者に <u>介護予防サービス計画</u> の作成を依頼することを届け出ます。 <input type="checkbox"/> 上記の地域包括支援センターに <u>介護予防ケアマネジメント</u> を依頼することを届け出ます。 （基本チェックリスト実施日 平成 年 月 日）										
平成 年 月 日										
住 所										
被保険者										
氏 名					電 話 番 号					
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号									

- (注意) 1 この届出書は、居宅介護サービス計画等の作成を依頼する居宅介護支援事業所等が決まり次第速やかに 吹田市高齢福祉室 介護保険グループ へ提出してください（郵送可）。
 2 居宅介護サービス計画等の作成を依頼する居宅介護支援事業所等を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず 吹田市高齢福祉室 介護保険グループ へ届け出てください。届け出のない場合、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。
 3 住所地特例の対象施設に入居中の要支援者・事業対象者の方は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

処 理	受 付	電算入力

このページは、

別添

介護予防サービス・支援計画書

のPDFをご覧ください。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表(案)

評価日

利用者名

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標体制状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針		地域包括支援センター意見	
<input type="checkbox"/>	介護給付	<input type="checkbox"/>	プラン継続
<input type="checkbox"/>	予防給付	<input type="checkbox"/>	プラン変更
<input type="checkbox"/>	介護予防・生活支援サービス事業	<input type="checkbox"/>	終了
<input type="checkbox"/>	一般介護予防事業		
<input type="checkbox"/>	終了		

総合事業（サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦） 対象者確認票

受付日	年 月 日	() 地域包括支援センター	受付者名	
被保険者番号	0 0 0			
氏 名				
生 年 月 日	M T S	年 月 日	() 才	
介 護 度	新規	要支援1	要支援2	要介護
有効期間終了日	平成	年 月 日	終了	* 認定のある人のみ記入

【確認内容】サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦についての説明（済・未）

項 目	確 認 事 項	チエック
利 用 希 望 の サ ー ビ ス 内 容	1 介護予防サービス希望 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・購入 5.訪問入浴 6.住宅改修 7.地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>
	2 入居（GH・サ高住）・入所（特養・老健）	<input type="checkbox"/>
	3 認定を受けたい	<input type="checkbox"/>
	4 「訪問介護」利用希望	<input type="checkbox"/>
	5 「通所介護」利用希望	<input type="checkbox"/>
	6 自宅で一人で入浴できず「通所介護」で入浴希望	<input type="checkbox"/>
	7 介護予防に取り組みたい	<input type="checkbox"/>
本 人 の 状 態	8 歩行等に介助が必要なため一人で外出できない	<input type="checkbox"/>
	9 認知症状（物忘れ等）がみられ、薬の管理（時間どおりに飲む等）、電話の利用（電話をかける・要件を伝える）等に介助あり	<input type="checkbox"/>
	10 大きな病気やけがで入院中または療養中	<input type="checkbox"/>
	11 寝たきりまたは認知症	<input type="checkbox"/>
	12 一人でタクシーや公共機関を利用し外出できる	<input type="checkbox"/>
	13 身の回りのこと（排泄・着替え等）や薬の管理・金銭管理が自分でできる	<input type="checkbox"/>
	14 かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる	<input type="checkbox"/>

「1～3」のいずれか、かつ「8～11」のいずれかに該当	⇒基本チェックリスト実施対象外 要介護等認定の申請手続きを	<input type="checkbox"/>
「4～7」・「12～14」のいずれかに該当	⇒基本チェックリスト実施対象者	<input type="checkbox"/>

預り証

様

下記の書類を確かにお預かり致しました。

介護保険被保険者証

その他()

平成 年 月 日

預り証

様

下記の書類を確かにお預かり致しました。

介護保険被保険者証

その他()

平成 年 月 日

**吹田市高齢者安心・自信サポート事業(介護予防・生活支援サービス事業)に係る
診療情報提供書(案)** 調整中

⑰

平成 年 月 日

吹田市地域包括支援センター
(居宅介護支援事業所) 御中

紹介元医療機関
所在地
名称
電話番号

医師氏名

印

フリガナ		性別	(男 ・ 女)
患者氏名			
患者住所		電話	
生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭)	年 月 日 (歳)	
情報提供の目的	吹田市高齢者安心・自信サポート事業利用のため		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	_____ 発症日: 昭和・平成 年 月 日		
	_____ 発症日: 昭和・平成 年 月 日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況		処方内容(別紙コピーも可)	
サービス利用に際しての留意点等(薬物アレルギー、食物アレルギーを含む)			

※診療情報提供料(I)が算定できます。

問合せ先

地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)名:

電話:

FAX:

平成29年4月から、要支援認定者が利用していた訪問介護・通所介護が、吹田市高齢者安心・自信サポート事業に変わりました。つきましては、通所型サービス(デイサービス)等の利用にあたり情報提供をお願いいたします。

吹田市高齢福祉室

介護予防サービス・支援計画作成等業務委託契約書

地域包括支援センター運営法人

居宅介護支援事業所運営法人

_____ (以下「甲」という。)と_____ (以下「乙」という。)は、介護保険法(以下「法」という。)第115条の23第3項の規定に基づき、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託することについて、次のとおり契約を締結し、信義に従い誠実にこれを行うものとする。

「介護予防ケアマネジメント」とは、サポートケアマネジメントとして継続コースのケアマネジメント、期間限定コースのケアマネジメント、短期集中コースのケアマネジメント及びはつらつケアマネジメントとして予防コースのケアマネジメントのことを指す。また、はつらつケアマネジメントは初回のみ介護予防ケアマネジメントとする。

(委託業務の内容等)

第1条 委託業務の内容等は、下記のとおりとする。

(1) 委託業務の内容

- ① 利用者との契約代行
- ② アセスメント
- ③ 介護予防サービス・支援計画原案の作成
- ④ サービス担当者会議の開催
- ⑤ 介護予防サービス・支援計画書の交付・説明
- ⑥ サービス提供の連絡・調整
- ⑦ モニタリング
- ⑧ 評価
- ⑨ 給付管理業務
- ⑩ その他①～⑨の業務に関連して必要な業務

(2) 利用者ごとの委託業務の履行

乙は、甲から利用者ごとの委託業務を行うことの指示を受けてから、速やかに本業務を履行しなければならない。

(実施方法)

第2条 甲は、乙に対し委託業務の対象となる利用者を通知する。乙は、委託の通知を受け速やかに当該利用者を訪問し、前条第1号に掲げる業務を実施するものとする。

2 乙は、介護予防サービス・支援計画を作成した後、内容について甲の指示する方法で甲に報告しなければならない。

3 乙は、利用者の状況についてモニタリング・評価を実施した場合は、内容について甲の指示する方法で甲に報告しなければならない。

4 乙は、乙が担当する利用者が保険(予防)給付及び吹田市高齢者安心・自信サポート事業を利用した場合は、内容について甲の指示する方法で甲に報告しなければならない。

(業務の指示)

第3条 甲は、委託業務について、乙に必要な指示ができるものとする。

2 乙は、受託業務の実施に関して甲より指示があった場合は、甲の指示に従って、受託業務を実施しなければならない。

(サービス計画の修正)

第4条 甲は、乙から介護予防サービス・支援計画原案の提出を受けた後、その内容を調査し、修正がある場合は、その旨を乙に申し出、必要に応じて甲の指示する方法で速やかに甲に報告させるものとする。

(履行期間)

第5条 履行期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとする。ただし、甲、乙いずれかより期間満了の日の1か月前までに契約終了を申し出ない時は、自動的に更に1年間延長され、以降はこの例によるものとする。

(受託者の義務)

第6条 乙は、法第69条の2に規定する介護支援専門員に受託義務を行わせるものとする。

2 乙は、介護支援専門員に常に身分証を携行させなければならない。

3 乙は、受託業務に従事する者について、その研修の機会を確保し、もってその資質の向上に努めるものとする。

(委託料の額)

第7条 甲は、委託業務の実施に要する費用として、1件あたり4,454円(消費税及び地方消費税を含む)を乙に支払うものとする。

2 甲は、当該利用者について、初めて介護予防サービス・支援計画を作成する場合は、1件あたり3,244円(消費税及び地方消費税を含む)を加算して乙に支払うものとする。

3 甲は、当該利用者について、小規模多機能型居宅介護事業所と連携した場合は、1件あたり3,244円(消費税及び地方消費税を含む)を加算して乙に支払いするものとする。

(委託料の支払)

第8条 乙は、担当する利用者が保険(予防)給付及び吹田市高齢者安心・自信サポート事業を利用した場合は、当該月の委託業務にかかる費用として委託料を請求する。

2 乙は、前項に規定する請求を甲が定める期日までに行うとともに、利用者の当該月のサービス利用実績について記載した必要書類を合わせて提出するものとする。

3 甲は、前項に規定する請求を受けたときはその内容を調査し、請求書を受領した日の属する翌月の末日までに、乙に対して委託料を支払うものとする。

4 甲が前項に規定する委託料の請求に係る介護報酬の支払を受けることができない場合については、前項の規定にかかわらず、当該報酬の支払を受けた月の末日までに乙に支払うものとする。

(委託料の支払い方法の変更)

第9条 前条第3項及び4項の規定は、甲乙の協議に基づき、次の各号に示す内容に変更することができる。

(1) 甲は、前条第1項に規定する請求を受けたときはその内容を調査し、請求書を受領した翌月の介護報酬支払日に、大阪府国民健康保険団体連合会から乙の登録済口座に振り込まれるよう必要な手続きを行うこととする。

(2) 乙は、大阪府国民健康保険団体連合会から前号に規定する費用を受領するものとし、請求額と振込額に差が生じた場合には甲と乙が協議して解決することとする。

(再委託等の禁止)

第10条 乙は、この契約に基づく委託業務の全部又は一部を第三者に委任し、又は請け負わせてはならない。

(事故発生時の報告)

第11条 乙は、本業務の処理に関し、事故その他契約条項に定められたとおりに行い難い事由が生じたときには、直ちに甲に報告し、その指示に従うものとする。

(委託業務の調査等)

第12条 甲は、必要と認めるときは乙に対して、本業務の処理状況について調査し、又は報告を求めることができる。

(不履行責任)

第13条 乙は、本業務について、契約条項に定められたとおりにできなかつたときは、遅滞なく甲に報告しなければならない。

2 乙は、前項の場合において甲に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(法令上の責任)

第14条 乙は、この委託業務の履行に当たり、労働基準法(昭和22年法律第49号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)その他関係法令を遵守しなければならない。

(契約の解除)

第15条 甲は、乙が次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約を解除することができる。

(1) この契約に違反したとき。

(2) 指定居宅介護支援事業者の指定を取り消されたとき。

(3) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)に違反し、委託業務を適正に実施することが困難であると認められるとき。

(4) 吹田市地域包括支援センター運営協議会において、委託が適当でないと判断されたとき。

(5) 役員等(乙が個人である場合にはその者を、乙が法人である場合にはその法人の役員又はその支店若しくは営業所(常時業務の請負契約を締結する事務所をいう。)を代表する者をいう。)又は経営に事実上参加している者が暴力団員であると認められるとき。

(6) 役員等又は経営に事実上参加している者が自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)又は暴力団員を利用するなどしたと認められるとき。

(7) 役員等又は経営に事実上参加している者がいかなる名義をもってするかを問わず、暴力団又は暴力団員に対して、金銭、物品その他の財産上の利益を不当に与えたと認められるとき。

(8) 役員等又は経営に事実上参加している者が暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していると認められるとき。

(損害賠償)

第16条 乙は、その責めに帰すべき事由により委託業務の処理に関し甲又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第17条 乙及び乙が使用する者は、受託業務を実施する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘

密を正当な理由なく第三者に漏洩してはならない。

- 2 前項の規定は、この契約の終了後も継続するものとする。
- 3 乙は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び転送情報を含む)について、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分する際にも第三者への漏洩を防止する責務を負うものとする。
- 4 乙は甲から提供された業務上の個人情報及びその他の情報の取扱いについて、甲の指示に従いまた返還する義務を負う。
- 5 乙は本業務を行う上で知り得た個人情報を、本来の目的とする以外のものに利用してはならない。
(関係書類の整備)

第18条 乙は、委託業務の処理状況等を明らかにした書類を整備し、第5条の規定による委託期間満了の日から5年間保存しなければならない。
(疑義等の決定)

第19条 本契約に定めのない事項及び本契約に関し疑義が生じた場合は、介護保険法その他関係法令に定めるところにより処理するものとする。

- 2 前項に定めのない事項については、甲乙協議の上、定めるものとする。
(合意裁判管轄)

第20条 本契約について、やむを得ず訴訟となる場合は、甲の所在地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とする。

この契約の締結の証として、本書2通を作成し、甲乙記名押印のうえ、各1通を保有するものとする。

平成 年 月 日

委託者(甲) **事業者** [法人所在地]
[法人名]
[法人代表者職名] 印
(地域包括支援センター)
[地域包括支援センター所在地]
[地域包括支援センター名]

受託者(乙) **事業者** [法人所在地]
[法人名]
[法人代表者職名] 印
(指定居宅介護支援事業所)
[事業所所在地]
[事業所名]

居宅（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中止届出書

被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号					
フリガナ					0	0	0			
					生 年 月 日				性 別	
					明 治・大 正 年 月 日 昭 和・西 暦				男・女	
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼していた居宅介護支援事業者等 又は介護予防ケアマネジメントを依頼していた地域包括支援センター										
事業所番号								事業所の所在地	〒	
事業所名					電話番号					
中 止 す る 理 由										
中止年月日 平成 年 月 日付										
吹田市長 様										
<input type="checkbox"/> 上記の居宅介護支援事業者に <u>居宅サービス計画</u> の作成の依頼を中止することを届け出ます。 <input type="checkbox"/> 上記の介護予防支援事業者に <u>介護予防サービス計画</u> の作成の依頼を中止することを届け出ます。 <input type="checkbox"/> 上記の地域包括支援センターへの <u>介護予防ケアマネジメント</u> の依頼を中止することを届け出ます。										
平成 年 月 日										
住 所										
被保険者										
氏 名					電話番号					
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号									

処 理	受 付	電算入力

実施日	平成 年 月 日 ()	実施場所	来所 ・ 訪問 その他 ()
被保険者番号	0 0 0	生年月日	
フリガナ		明 大 昭	
氏 名		年 月 日 () 才	
住 所	〒 吹田市		

NO.	質問項目	回答 (いずれかに○印)		1. の 個数
		0. はい	1. いいえ	
暮らし	1 バスや電車で1人で外出していますか 自分で車を運転し外出している場合も含まれます	0. はい	1. いいえ	A 1~20のうち 10個 □
	2 日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要なものが買えていますか	0. はい	1. いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0. はい	1. いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません	0. はい	1. いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談は含まれます	0. はい	1. いいえ	
運動	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使う程度であれば「はい」、能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0. はい	1. いいえ	B 6~10のうち 3個 □
	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 時々使う程度であれば「はい」とします	0. はい	1. いいえ	
	8 15分間位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません	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 転倒したかどうかをお考えください	1. はい	0. いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか ご自分の感じ方でお答えください	1. はい	0. いいえ	
栄養	11 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか 6か月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	C 11、12 全て □
	12 身長 (cm) 体重 (kg) (BMI =) BMI = (体重 (Kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)) が 18.5 未満の場合に該当とします	1. はい	0. いいえ	
歯や口	13 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	D 13~15のうち 2個 □
	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	

No	質問項目	回答 (いずれかに○印)		1. の 個数
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
外出	16 週に1回以上は外出していますか 過去1か月の状態を平均してください	0. はい	1. いいえ	E 16に
	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	該当 □
もの忘れ	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 ご自分で物忘れを感じていても、周りの人に言われない場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	F 18~20
	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 誰かに調べてもらう、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします	0. はい	1. いいえ	のうち 1個
	20 今日が何月何日かわからない時がありますか 月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします	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	G 21~25の うち2個 □
	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) 自分が役に立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	
医療情報	26 この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか	1. はい	0. いいえ	
	27 かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	1. はい	0. いいえ	
	28 この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか	1. はい	0. いいえ	
	29 重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか	1. はい	0. いいえ	
	30 糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか	1. はい	0. いいえ	
	31 この1年間で心電図に運動を制限するような異常があると言われましたか	1. はい	0. いいえ	
現在の健康状態		よい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまりよくない ・ よくない		

備考欄

※No. 26~31の医療情報についての聞き取りは、終了時には必要ありません。

基本チェックリスト		アセスメントシート	
IADL			
1	バスや電車で1人で外出していますか	4	布団の出し入れ、ベッドの整え、シーツ交換、布団干しをしていますか
2	日用品の買い物をしていますか	5	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか
3	預貯金の出し入れをしていますか	6	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか
4	友人の家を訪ねていますか	7	ごみの分別やごみ出しをしていますか
5	家族や友人の相談にのっていますか	13	食事の用意をしていますか
ADL			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1	自宅内を食器や洗濯物などの物を持って歩けますか
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	2	外出時、かばんや荷物などの物を持って歩けますか
8	15分位続けて歩いていますか	3	ズボン・スカートを立ったまま、支えなしで着脱できますか
9	この1年間に転んだことがありますか	9	寝間着や肌着の着替えができますか
10	転倒に対する不安は大きいですか	10	一人で体を洗うことができますか
		11	洗顔、ひげそり(男性)等を行い、髪を整えていますか
		12	爪の手入れができますか
		18	尿もれ、便秘、下痢など、排泄に関する心配がありますか
		19	歯や入れ歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか
社会参加			
16	週に1回以上は外出していますか	26	趣味や楽しみ、好きでしていることはありますか
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	27	日中寝ないで起きて過ごしていますか
		28	家庭で決まった仕事や役割はありますか
		29	親族、友人、隣近所との付き合いや談笑する機会がありますか
		30	催し物や地域の活動などに参加していますか
栄養			
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	14	毎日、規則的に食事をしていますか

12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)	15	主食・主菜(肉、魚、卵、乳製品、大豆製品)・副菜(野菜、海藻など)をバランスよく食べていますか
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	口の渴きが気になりますか		
健康管理			
26	この3か月間で1週間にわたる入院をしましたか	21	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか
27	かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	22	薬はきちんと飲んでいますか
28	この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか	23	食事内容に指導を受け、その注意を守っていますか
29	重い高血圧(収縮期血圧 180mmHg以上、拡張期血圧 110mmHg以上)がありますか	24	散歩や体操を週1回以上していますか
30	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか		
31	この1年間で心電図に運動を制限するような異常があるといわれましたか		
うつ			
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感が無い	25	十分な睡眠は取れていますか
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		
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今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		
認知			
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	8	季節・場所に応じた服装ができますか
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	16	火の始末や戸締りはできますか
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	17	前の晩に食べたものを思い出せますか

2 介護予防支援と介護予防ケアマネジメント

要支援の認定を受けている人の場合、利用するサービスによって、介護予防支援か介護予防ケアマネジメントか、その月のプランの請求費目が異なるので注意が必要。

また、平成29年度は訪問介護、通所介護には保険(予防)給付とサポート事業が混在するためプラン作成時は注意が必要。

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの区別(平成29年度の区分)

要介護状態区分	利用サービス	請求費目
認定開始日が平成29年3月31日までの要支援認定者	訪問介護、通所介護の保険(予防)給付	介護予防支援費
認定開始日が平成29年4月1日以降の要支援認定者	保険(予防)給付 + サポート事業	介護予防支援費
	保険(予防)給付	介護予防支援費
	サポート事業	介護予防ケアマネジメント費
サポート事業対象者	サポート事業	介護予防ケアマネジメント費

平成29年4月以前から保険(予防)給付サービスを利用されている方が、平成29年4月以降から始まる、吹田市高齢者安心・自信サポート事業のうち、新しいサービス《訪問型短期集中サポートサービス・通所型サポートサービス(要支援2の方で週1回利用)》の利用を希望する場合は、要支援・要介護認定有効期間満了前であっても、サポート事業への切り替えが可能。

その際、「吹田市基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)」の実施は不要であるが、サービス内容が変更となるため、ケアプランの新たな作成が必要。

但し、ケアプラン作成に伴う「吹田市基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画作成用)」の実施は必要。

☆訪問型サポートサービス、通所型サポートサービスのみの利用のケースは、「居宅(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」の提出が必要。(削除)

サポート事業に係る「診療情報提供書」

利用する帳票	⑰ 診療情報提供書
--------	-----------

目的	基本チェックリスト該当者が、通所型サポートサービス等の利用の際に、必要な医療情報の確認するために主治医に作成を依頼し、その情報をふまえてケアプランを作成する。
----	---

対象者	<p>基本チェックリストに該当し、「吹田市高齢者安心・自信サポート事業」の通所型サポートサービスを利用することになった65歳以上の介護保険被保険者のうち、</p> <p>(1)下記の質問項目に1つ以上該当する場合(必須).</p> <ul style="list-style-type: none"> ①この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか ②かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか ③この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか ④重い高血圧(収縮期血圧 180mmHg 以上、拡張期血圧 110mmHg 以上)がありますか ⑤糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか ⑥この1年間で心電図に運動を制限するような異常があるといわれましたか <p>(2)その他、医師の判断が必要な場合。</p>
-----	--

(質問項目は、厚生労働省の事務連絡(平成23年3月11日)「プログラム参加について医師の判断を求める場合の基準について」を参考に作成)

依頼方法	本人、家族、または、地域包括支援センター、担当ケアマネジャーから、主治医に作成を依頼する。 作成は、診療情報提供料(Ⅰ)の算定対象となる。
使用様式	別紙「吹田市高齢者安心・自信サポート事業(介護予防・生活支援サービス事業)に係る診療情報提供書(別紙)」
参考	「吹田市高齢者安心・自信サポート事業(介護予防・生活支援サービス事業)に係る診療情報提供書」作成のお願い

☆診療情報提供書作成については、診療情報提供料の算定対象となるため、本人負担が発生する。

☆居宅介護支援事業者にケアプランを委託した場合の診療情報提供書については、介護予防ケアマネジメントに必要な提出書類とともにコピーを提出。(原本は居宅介護支援事業者に保管)

**吹田市高齢者安心・自信サポート事業(介護予防・生活支援サービス事業)に係る
診療情報提供書(案)**

調整中

平成 年 月 日

吹田市地域包括支援センター
(居宅介護支援事業所) 御中

紹介元医療機関
所在地
名称
電話番号

医師氏名

印

フリガナ		性別	(男 ・ 女)
患者氏名			
患者住所		電話	
生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭)	年 月 日 (歳)	
情報提供の目的	吹田市高齢者安心・自信サポート事業利用のため		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
		発症日:昭和・平成	年 月 日
		発症日:昭和・平成	年 月 日
その他の傷病名			
<u>傷病の経過及び治療状況</u>		<u>処方内容(別紙コピーも可)</u>	
<u>サービス利用に際しての留意点等(薬物アレルギー、食物アレルギーを含む)</u>			

※診療情報提供料(Ⅰ)が算定できます。

問合せ先

地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)名:

電話:

FAX:

平成29年4月から、要支援認定者が利用していた訪問介護・通所介護が、吹田市高齢者安心・自信サポート事業に変わりました。つきましては、通所型サービス(デイサービス)等の利用にあたり情報提供をお願いいたします。

吹田市高齢福祉室