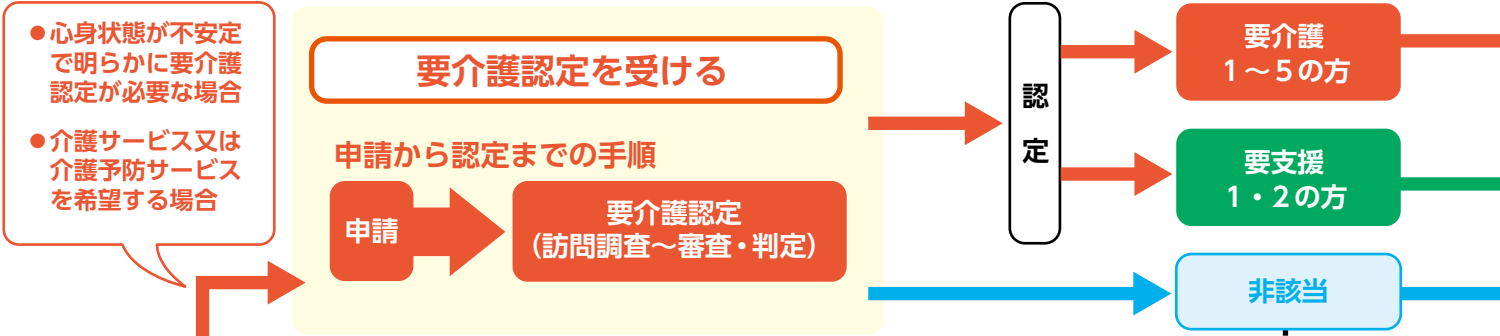


介護保険サービス利用の手順

（介護サービスを利用するとき）

■要介護認定または基本チェックリストを受けます。まだ支援が必要でない方には、一般介護予防事業を実施します。



地区保健福祉センターに相談する (P3参照)

介護予防・生活支援サービス事業のみを希望する方で心身状態が安定している場合

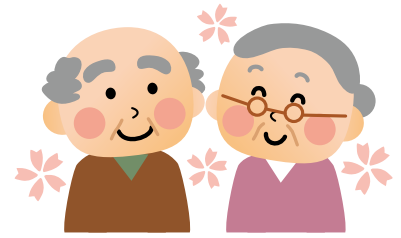
一般介護予防事業を希望する場合

基本チェックリストを受ける

25の質問項目で日常生活に必要な機能が低下していないかを調べます。

No.	質問項目	回答		
暮らしぶり	1 バスや電車で1人で外出していますか	0: はい	1: いいえ	/5
	2 日用品の買い物をしていますか	0: はい	1: いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか	0: はい	1: いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか	0: はい	1: いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか	0: はい	1: いいえ	
運動機能	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0: はい	1: いいえ	/5
	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	0: はい	1: いいえ	
	8 15分位続けて歩いていますか	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	1: はい	0: いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか	1: はい	0: いいえ	
栄養状態	11 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1: はい	0: いいえ	/2
	12 身長= cm 体重= kg ※(BMI=)	1: はい	0: いいえ	
口腔機能	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1: はい	0: いいえ	/3
	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	
閉じこもり	16 週に1回以上は外出していますか	0: はい	1: いいえ	/2
	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	
認知機能	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	1: はい	0: いいえ	/3
	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	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	1: はい	0: いいえ	
こころの健康状態	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	/5
	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で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	

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当(1:はい)とする
(例)体重50kg、身長160cmの人の場合: BMI=50÷1.6÷1.6=19.5(0:いいえ)



サービスや介護予防サービス、介護予防・生活支援サービス事業を
 ときは、まずは、地区保健福祉センターに相談しましょう。

介護予防事業などを紹介します。

介護（予防）サービスを利用するには、要介護認定を受け「介護や支援
 が必要であると」認定される必要があります。

介護サービス
 を
 利用
 でき
 ます

自宅を中心に利用するサービスを希望

● 居宅介護支援事業者へ連絡

施設への入所を希望

● 介護保険施設へ連絡

介護予防
 サービス
 を
 利用
 でき
 ます

● 地域包括支援センターへ連絡

介護予防・生活支援サービス
 事業を利用
 できます

(要支援1・2の認定を受けた方、基本チェック
 リストで生活機能の低下がみられた方)

● 訪問型サービス

● 通所型サービス

● 地域包括支援センターへ連絡

● 地域包括支援センター

平地域包括支援センター	22-1174
中央台サブセンター	38-5831
小名浜地域包括支援センター	53-4760
泉サブセンター	84-9460
勿来・田人地域包括支援センター	63-2140
常磐・遠野地域包括支援センター	43-2151
内郷・好間・三和地域包括支援センター	27-8660
四倉・久之浜大久地域包括支援センター	32-2115
小川・川前地域包括支援センター	83-1411

● 地域包括支援センターへ連絡

一般介護予防事業を
 利用
 でき
 ます

(65歳以上のすべての方が利用可能)

● シルバーリハビリ体操など

生活機能の低下が
 みられた方
 (事業対象者*)

自立した生活が
 送れる方

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*」に該当します。

質問番号	質問からの介護予防の見方	回答欄の1に該当する数
No.1~20	生活機能全般の機能低下がないか	10項目以上該当
No.6~10	運動機能の低下がないか	3項目以上該当
No.11~12	栄養が不足していないか	すべて該当
No.13~15	口腔機能の低下がないか	2項目以上該当
No.16~17	閉じこもりの状態でないか	No.16に該当
No.18~20	認知能力の低下がないか	1項目以上該当
No.21~25	「うつ」の可能性がないか	2項目以上該当

*事業対象者とは、「介護予防・生活支援サービス事業」の対象者の
 ことです。



資料：介護保険課