

宮古市介護予防・日常生活支援総合事業

利用手続きマニュアル

いつまでも住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、一人ひとりが出来る限り介護予防に努めると共に、地域や家庭の中で何らかの役割を担いながら生活することが大切です。

介護や生活支援を必要とする高齢者や、ひとり暮らし高齢者、高齢者のみの世帯が増える中、生活の継続に必要な買い物や掃除の支援、高齢者が生きがいを持って参加できる活動が、これまで以上に必要になると見込まれます。

このため、従来のホームヘルプやデイサービスだけでなく、住民主体の地区活動も含めた多様な担い手による支援体制を地域の中に充実させ、地域の支え合いの体制づくりを推進することが必要です。

こうした支え合いの地域づくりを推進するため、宮古市では、平成 29 年 4 月 1 日から、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）を実施しています。

宮古市 介護保険課

(令和 4 年 1 2 月第 4 版)

版数	発行月	主な改訂内容
第1版	平成29年1月	初回版
第2版	平成31年4月	<ul style="list-style-type: none"> ・改訂履歴及び改正内容を追加 ・目次を追加 ・1頁 「1 介護予防・日常生活支援総合事業の概要」に料金等追加 ・11頁 「6 認定申請中のサービス事業利用について」を追加 ・13頁 「7 住所地特例者のサービス利用について」を追加 ・14頁 「8 生活保護法における介護扶助による公費負担について」を追加 ・14頁 「9 介護予防・日常生活支援総合事業の関連様式」を追加、様式修正
第3版	令和元年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・1頁 料金の額を変更、加筆 ・5頁 「3 窓口での相談受付」加筆 ・14頁 「9 これまでのお問い合わせ内容について」を追加
第4版	令和4年12月	<ul style="list-style-type: none"> ・1頁 料金の額を変更 ・5頁 「(1) 相談窓口」に加筆 ・12頁 「6 認定申請中のサービス事業利用について」を加筆 ・様式(D)の様式変更

目次

1	介護予防・日常生活支援総合事業の概要	1
	（1）事業内容	1
	（2）対象者	3
2	サービス事業利用の流れ	4
3	窓口での相談受付	5
	（1）相談窓口	5
	（2）対象者確認票（A）の活用方法	6
	（3）基本チェックリスト（B）の活用方法	7
	（4）サービス事業の説明	8
4	必要書類	9
	（1）提出書類	9
	（2）サービス事業被保険者証	9
5	その他の対応について	10
	（1）サービス事業対象者	10
	（2）介護保険要支援認定者	10
	（3）介護保険「非該当」認定者	10
6	認定申請中のサービス事業利用について	11

(1) 認定申請中に暫定プランでサービス事業を利用し、認定結果が「要支援」の場合	11
(2) 認定申請中に暫定プランでサービス事業を利用し、認定結果が「非該当」の場合	11
(3) 介護申請をし、サービス事業と給付サービスを利用していたが認定結果が「要介護」の場合	12
7 住所地特例者のサービス利用について	13
(1) 宮古市が保険者で、A市の住所地特例施設入所者の場合	13
(2) 住所地特例ではないが、居所が住民票と異なる場合	13
8 生活保護法における介護扶助による公費負担について	14
9 これまでのお問い合わせ内容について	14
10 介護予防・日常生活支援総合事業の関連様式	15

1 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

(1) 事業内容

ア 介護予防・生活支援サービス事業（以下、「サービス事業」という。）

事業	内容	料金
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供	国基準型訪問サービス 月額 1,176 円程度 (月 4 回程度) ※日割に注意
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供	国基準型通所サービス 要支援 1 : 1 回 384 円程度 (月 4 回まで) 要支援 2 : 1 回 395 円程度 (月 8 回まで) 事業対象者 : 月 1~4 回 : 1 回 384 円程度 月 5~8 回 : 1 回 395 円程度 基準緩和通所型サービス 1 回 300 円程度
その他の生活支援サービス	要支援者に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供	
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを実施	

※日割り計算となる場合について、「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について」厚生労働省事務連絡を参照ください。

初めて訪問型サービスを利用する月においては、利用実績を地域包括支援センターへ提出する際に、利用者と訪問型サービス提供事業所との契約日を余白に記載してください。

イ 一般介護予防事業

事業	内容
① 介護予防把握事業	地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
② 介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
③ 地域介護予防活動支援事業	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
④ 一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う
⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する

(2) 対象者

ア サービス事業対象者

- ① 居宅要支援者（要支援認定を受けた者であって、居宅において支援を受ける者）
- ② 基本チェックリストに該当した第1号被保険者
例）・新規相談時、基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する者
・要介護・要支援認定の更新をせず、基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する者
・要介護・要支援認定申請を行った結果、「非該当」と認定され、基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する者

※サービス事業のみを利用する場合には、基本チェックリストを用いることで、要介護認定等を省略して、**サービス事業の利用開始**につなげることができます。

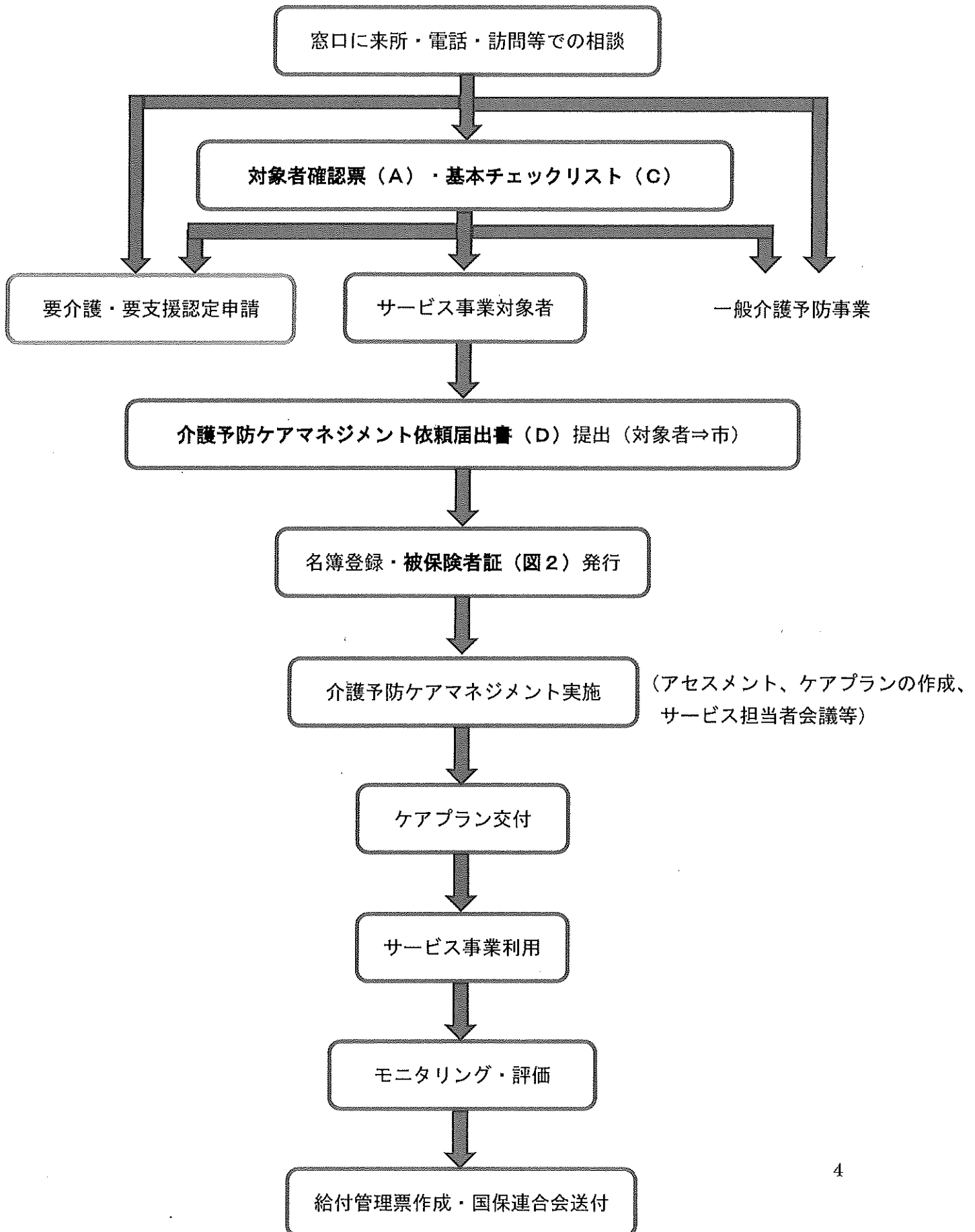
※40～64歳の第2号被保険者については、サービス事業の利用、予防給付・介護給付の利用いずれの場合も、要介護・要支援認定申請が必要です。

イ 一般介護予防事業対象者

第1号被保険者及びその支援のための活動に関わる者

※ 全体については、「図1 総合事業実施後のサービス利用手続きの流れ」を参照のこと。

2 サービス事業利用の流れ



3 窓口での相談受付

(1) 相談窓口

市介護保険課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（注1）

○相談においては、**対象者確認票（A）**、**基本チェックリスト（C）**を活用します。

○サービス事業利用のための手続きは、原則、被保険者本人が直接窓口に来所していただき行うものとします。

○ただし、本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所による相談、もしくは訪問等で、本人の状況や相談の目的を聴き取るものとします。

その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで実施します。また、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明を行い、適切なサービス利用につなげるものとします。

※（注1）居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可としますが、本人が来所できない場合と同様の扱いとします。

サービスを開始する前に、必ず地域包括支援センターにご相談ください。

●生活上の困りごとに対してそれを補うサービスを当てはめるのではなく、自立支援に向けて「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。サービス事業だけでなく、地域の多様な担い手によるサービス等も検討してください。

(2) 対象者確認票（A）の活用方法

ア 目的

総合事業あるいはそれ以外のサービスを勧めるにあたっての根拠と、相談を受ける者の相談技術の標準化を図るためのものです。

相談者のニーズに応じて、基本チェックリスト又は要介護認定申請に振り分けます。

※対象者確認票は、原則として作成するものですが、寝たきり状態にある、又は認知機能の低下や問題行動により目が離せない状況にあるような明らかに要介護認定が必要な場合にはその限りではありません。

イ 手順

- ① 窓口担当者は、対象者確認票に沿って、本人や家族から相談の目的や希望するサービス内容について聴き取りを行います。対象者確認票の記入は窓口担当者が行います。
- ② 記入終了後、チェック欄を確認し、結果に応じて基本チェックリスト（サービス事業）又は要介護・要支援認定申請を勧めます。

※状態像がサービス事業対象者であって、要介護・要支援認定を希望される場合、総合事業について説明し、理解を得た上で基本チェックリストを勧めます。ただし、これは可能な限り望ましい対応であって、予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等）や介護給付によるサービスを希望する場合には、要介護・要支援認定申請を妨げるものではありません。

※窓口に来られる方は、生活上の困りごとがあって相談に来ています。傾聴の姿勢を基本とし、対象者確認票の聴き取りが事務的にならないように留意します。

(3) 基本チェックリスト（C）の活用方法

ア 目的

サービス事業対象者の判定に用います。

被保険者の状態に応じて、利用が望ましいと思われるサービス等（サービス事業、一般介護予防事業、予防給付・介護給付）の振り分けを行います。

イ 手順

- ① 「表1 基本チェックリストについての考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらいます。
- ② 窓口担当者が、それぞれの質問事項ごとに合計点を記入します。
- ③ 「表2 サービス事業対象者に該当する基準」（以下、「基準」という。）に照らし合わせ、該当項目に☑をつけ、判定を記入します。

※基本チェックリストは、原則、対面で本人に記入してもらうものですが、本人と直接面接できない場合はその限りではありません。

ウ 判定

基準に一つでも該当

サービス事業対象者です。サービス事業を検討します。

基準に一つも該当しない

一般介護予防事業を勧めます。

基準に多数該当

ハイリスクである可能性があります。対象者確認票を用いて聴き取った内容も併せ、明らかに要介護認定が必要（要介護1以上と判断できる）な場合には要介護認定申請を勧めます。

(4) サービス事業の説明

サービス事業対象者となった場合、次の事を十分に説明します。

○この事業は、適切な介護予防ケアマネジメントに基づき、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進をはかるものであること。

○介護予防ケアマネジメントにおいては、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は自立に向けた次のステップに移行していくこと。

○サービス事業対象者となった後や、サービス事業のサービスを利用し始めた後も、必要な時にはいつでも要介護認定申請が可能であること。

○サービス事業における医療・保健の専門職（保健師、リハビリ専門職等）が関与する短期集中通所型サービスについては、介護予防ケアマネジメントにより、維持・改善すべき課題（目標）を明確にするとともに、課題（目標）が達成できた場合は、一般介護予防事業を行っている地域の通いの場（高齢者の居場所）等へ移行することについて理解を得ること。

※希望されるサービス以外でも、必要に応じ下記に該当する事業等を紹介してください。

- ① 地域の高齢者の居場所（自主運営の教室・サロン・体操教室など）
- ② 地域包括支援センター
- ③ 健康課、田老・新里・川井保健センター

※① ⇒介護保険課介護予防事業担当者へ相談してください。

※② ⇒地域包括支援センターの介護予防事業や認知症施策、個別対応等、ケースに合わせて相談してください。

※③ ⇒保健師・管理栄養士・歯科衛生士等の保健指導や、事業の参加等、ケースに合わせて相談してください。

4 必要書類

(1) 提出書類

被保険者が事業の主旨を理解し、事業の利用希望があった際は、次の書類を市介護保険課に提出します。

- 対象者確認票 (A) : 職員が記入
- 基本チェックリスト (C) : 本人等が記入
- 介護保険被保険者証 (図2)
- 介護予防ケアマネジメント依頼届出書 (D) : 本人等が記入

※介護予防ケアマネジメント実施のため、後日地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）職員が訪問させていただく旨を説明します。

※訪問日程等の調整のため、訪問日程確認票 (B) に必要事項を記入します。
（対象者確認票 (A) の裏面にあります）

(2) サービス事業被保険者証

市介護保険課は、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出を受けたら受給者台帳に登録し、「図2 サービス事業対象者の介護保険被保険者証」を発行します。届出受理後1週間程度で介護保険被保険者証をサービス事業対象者へ郵送します。

※サービス事業対象者の有効期間はありません。介護予防ケアマネジメントプロセスの中で、必要に応じて基本チェックリストを実施する等、適正なケアマネジメントを実施するものとします。

※サービス事業対象者と判定された後、一定期間サービスの利用がなく、その後新たにサービス事業の利用希望があった場合については、必要に応じて（当初判定時と比較し状態の変化が見られる等）基本チェックリストを実施し、アセスメントを行うものとします。

5 その他の対応について

(1) サービス事業対象者

サービス事業対象者の介護予防ケアマネジメントは、予防給付同様、地域包括支援センターが実施するものとされていますが、居宅介護予防支援事業所に委託することも可能です。

(2) 介護保険要支援認定者

要支援認定者に対し、サービス事業と予防給付について説明を行います。サービス事業のみを利用する場合は「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」、予防給付を利用する場合は「介護予防サービス計画作成依頼届出書」の提出が必要です。

ア サービス事業のみ利用する場合

介護予防ケアマネジメント実施後、サービス事業利用開始となります。

イ 予防給付のみ利用する場合

介護予防サービス計画作成後、介護予防サービスの利用開始となります。

ウ サービス事業と予防給付を併用する場合

イと同様の扱いとなります。

<要支援認定の有無と利用サービスによるケアマネジメントの違い>

区 分	サービス事業のみ利用	予防給付とサービス事業を併用	予防給付のみ利用
要支援認定者	サービス事業における介護予防ケアマネジメント	予防給付における介護予防ケアマネジメント	
サービス事業対象 (基本チェックリスト該当者)		—	—

(3) 介護保険「非該当」認定者

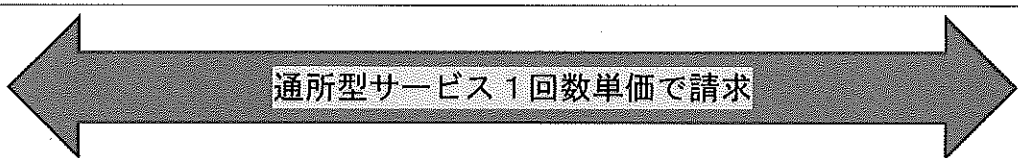
新規申請及び更新申請において「非該当」となった場合、必要に応じて基本チェックリストを実施し、サービス事業や一般介護予防事業等につなげる等の必要

な支援を行います。

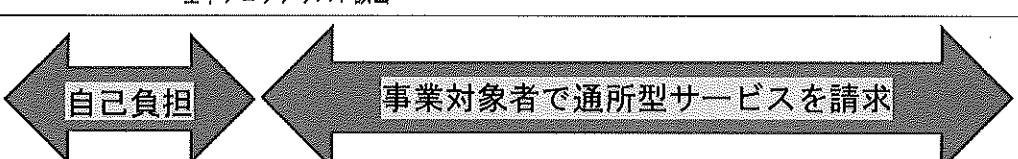
6 認定申請中のサービス事業利用について

認定申請中のサービス事業の暫定利用は可能ですが、事前に地域包括支援センターに相談の上、以下に注意して利用を進めてください。

- (1) 認定申請中に暫定プランでサービス事業を利用し、認定結果が「要支援」の場合
暫定利用分はサービス事業で請求します。

日付	4/5	4/10	5/5
内容	申請	通所型サービス利用	認定(要支援1)
請求			

- (2) 認定申請中に暫定プランでサービス事業を利用し、認定結果が「非該当」の場合
 ア 暫定利用していたサービスは自己負担となります。
 イ 基本チェックリストを実施し、該当すれば基本チェックリスト実施日以降はサービス事業の利用が可能です。

日付	4/5	4/10	5/5
内容	申請	通所型サービス利用 基本チェックリスト該当	認定(非該当)
請求			

(3) 介護申請をし、サービス事業と給付サービスを利用していたが認定結果が「要介護」の場合

次のいずれかを選択できます。

- ア 申請日に遡及して要介護認定者として取り扱う。
⇒要介護者はサービス事業を利用できないため、予防給付分は介護給付で請求し、サービス事業分は全額自己負担となります。
- イ 介護給付の利用を開始するまでの間は、サービス事業対象者として取り扱う。
⇒事業対象者は介護給付を利用できないため、サービス事業分はサービス事業で請求し、介護給付分は全額自己負担となります。

日付	4/5	4/10	5/5	5/30
内容	基本チェックリスト該当	申請	通所型サービス利用 福祉用具貸与	認定（要介護）
請求 ア	← 事業対象者 →		← 要介護認定者として請求 →	
	※要介護認定者はサービス事業（通所型サービス）を利用できないため自己負担 ※福祉用具は介護給付で請求			
請求 イ	← 事業対象者として請求 →			← 要介護 →
	※介護給付の利用を開始するまでの間は、サービス事業対象者として通所型サービスを請求 ※福祉用具はサービス事業対象者は利用できないため、自己負担			

※ 基本的には請求アの方法を適用しますが、請求イの方法を適用する場合は、介護保険課へ相談してください。

7 住所地特例者のサービス利用について

住所地特例者のサービス事業の提供は、住所地市町村ではなく、施設等所在地市町村が実施します。

住所地特例者とは・・・

宮古市の被保険者が、他市町村の住所地特例対象施設に入所・入居して、住所が施設のある市町村に変更した場合、住所地の市町村ではなく、施設入所前の市町村の被保険者になる者のことです

(1) 宮古市が保険者で、A市の住所地特例施設入所者の場合

- ① A市が基本チェックリストを実施します。
または、利用者が宮古市に要介護（要支援）認定申請を行い、宮古市は認定の結果、要支援の被保険者証を発行します。
- ② 利用者はA市の地域包括支援センターと契約を締結します。
- ③ 利用者は「介護予防サービス計画作成依頼届出書」または「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を、介護保険被保険者証を添付してA市に届け出ます。
- ④ A市は③を宮古市に送付（写しも可）します。
- ⑤ 宮古市は④をもとに、介護保険被保険者証を発行し利用者へ送付します。
- ⑥ A市の地域包括支援センターが、要支援者又はサービス事業対象者に対して介護予防ケアマネジメントを実施します。
- ⑦ ケアマネジメントに基づき、A市の指定する事業者等がサービスを提供します。

(2) 住所地特例ではないが、居所が住民票と異なる場合

- ① 宮古市に住民票があるが他市町村などに居所を移している場合、宮古市の指定を受けた事業者でなければサービス事業の利用はできません。
- ② 他市町村の事業所が宮古市の指定を受けて、宮古市の単価等でサービス事業を提供することはできます。

8 生活保護法における介護扶助による公費負担について

サービス事業についても、従来どおり利用者の自己負担分について公費負担対象となります。福祉事務所から提出される介護券情報を入力し請求してください。

9 これまでのお問い合わせ内容について

過去にお問い合わせがあった内容について掲載します。

問1 訪問型サービスを月の途中から利用したが、日割りになるか。

答1 介護予防・日常生活支援総合事業では、利用者と訪問型サービス事業者の契約日を起算日として日割り計算を行います（同様に、契約解除日までの日割り計算を行います）。ただし、当該契約月にサービス利用がなく、翌月からサービス利用を開始した場合、当該契約月については日割り計算をすることなく、翌月の初日（1日）を起算日として介護報酬を請求します。マネジメント担当者においては、利用者と訪問型サービス事業者の契約日及び契約解除日を確認のうえ、利用票（提供票）の余白に記入していただくようお願いいたします。

問2 要支援認定者が介護予防通所リハビリテーションと訪問型サービスを同月に利用する場合、通所リハビリテーションと訪問型サービスはそれぞれ日割りとなるか。

答2 日割り計算となる場合については、厚生労働省事務連絡「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について」を参照ください。介護予防通所リハビリテーションが日割り適用となるのは、月途中での介護度の変更やサービス事業所の変更、介護予防短期入所生活介護との併用の場合等で、訪問型サービスとの併用は含まれていません。介護予防通所リハビリテーションと訪問型サービスは同日の利用も想定されますので、両者ともに日割り請求とはせず、月額包括報酬単価での請求を行います。

問3 施設に入所しながら併設の通所型サービスを1回利用した。同一建物減算の単位数がサービス単価を上回り請求額がマイナス額となるが、どうすればよいか。

答3 通所型サービスの同一建物減算はひと月あたりの単位数しか設定していないため、1回のみ利用でもひと月あたりの単位数が減算となります。利用回数によってはマイナスとなる場合がありますが、その場合は請求できないこととなります。

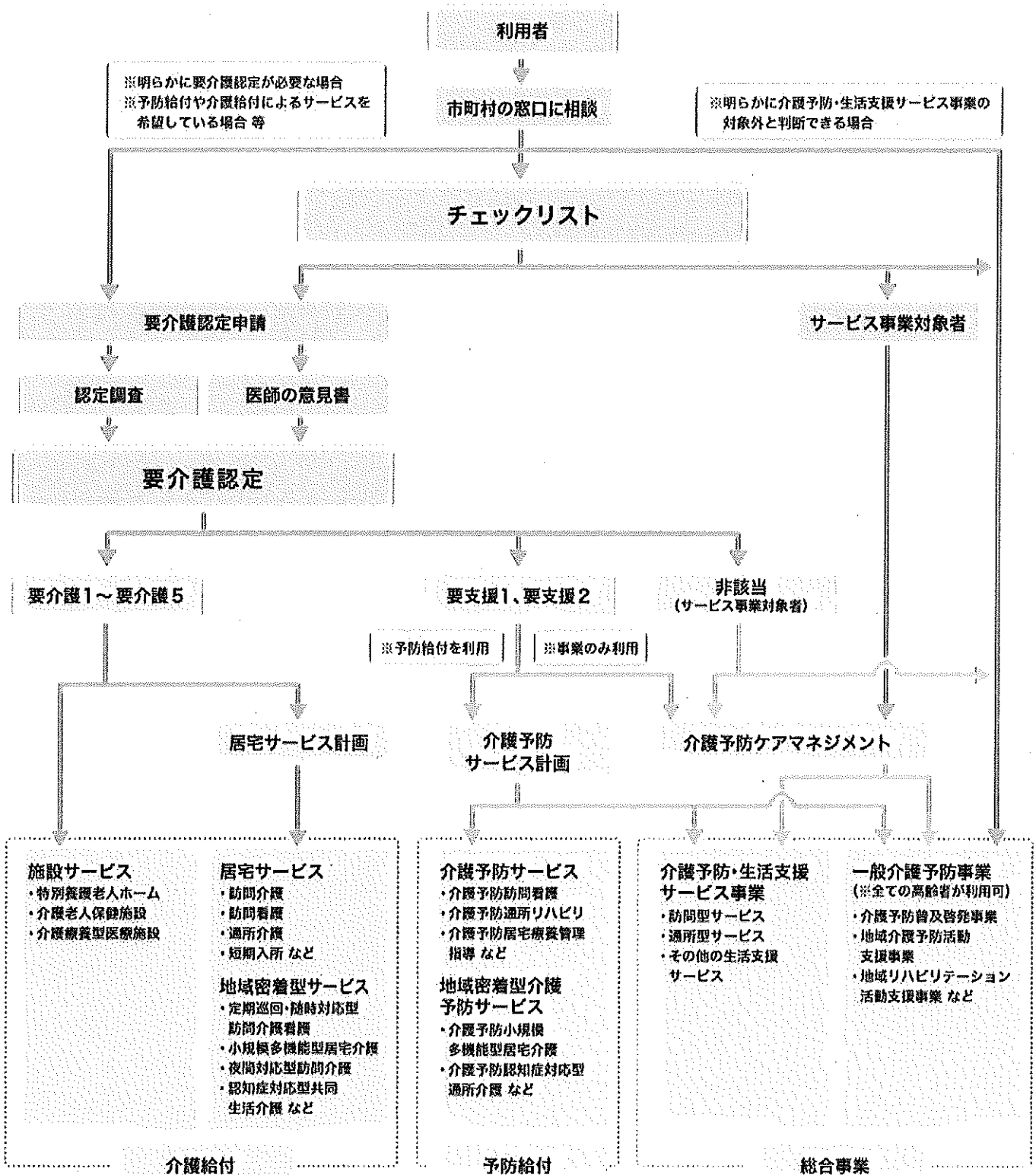
問4 事業対象者の通所型サービス利用における請求単価は、計画単価か。実績単価か。

答4 計画単価によって算定します。ただし、実績回数が計画回数の半分に満たなかった場合は、実績単価で算定します。マネジメント担当者においては、サービス利用票（提供票）に計画回数と実績回数の両方を記載し、計画回数に満たなかった場合は、その理由を余白に記載してください。

10 介護予防・日常生活支援総合事業における関連様式

- 図1 総合事業実施後のサービス利用手続きの流れ
- 介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票（A）
- 訪問日程確認票（B） ※Aの裏面になります
- 基本チェックリスト（C）
- 基本チェックリスト記入例
- 表1 基本チェックリストについての考え方
- 図2 サービス事業対象者の介護保険被保険者証
- 介護予防ケアマネジメント依頼届出書（D）

図1 総合事業実施後のサービス利用手続きの流れ（厚生労働省HPより抜粋）



介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

(A)

受付日(/) 所属(市・包括・居宅) 所属名・受付者(

本人	フリガナ			生年月日
	氏名			T・S 年 月 日 (歳)
	住所	宮古市		電話番号 ()
	介護度	要支援(1・2) ・ 要介護() ・ 新規		
	有効期限終了日	平成 年 月 日終了 *認定者のみ記入		
代理人 (本人以外が申請する場合のみ記入)	代理人氏名		続柄	電話番号 ()
	代理申請理由	入院中 ・ 一人で歩けない ・ 本人に頼まれた その他 ()		
現在のサービス 利用状況 *更新の場合は記入	訪問介護 (ヘルパー)	回/w 内容：掃除・買い物・入浴介助・他()		
	通所介護(デイ)	回/w 入浴介助(あり・なし)		
	その他のサービス	福祉用具レンタル・訪問看護・ショート・デイケア		

項目	確認事項	チェック欄
要介護・要支援 認定申請	1 介護サービスを利用したい。(希望するサービスに○をつけてください) 1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 訪問入浴 5. 福祉用具レンタル・購入 6. 住宅改修 7. 地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>
	2 入所(特養・老健) ・ 入居(GH・サ高住) したい。	<input type="checkbox"/>
	3 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"/>
	4 認知症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)がみられ、薬の内服(時間や種類など処方どおり飲む)、電話の利用(電話をかける・用件を伝える)等に介助を受けている。	<input type="checkbox"/>
	5 大きな病気やケガで入院中または療養中である。	<input type="checkbox"/>
	6 寝たきりまたは、認知症である。	<input type="checkbox"/>
	7 利用希望するサービスはないが、認定を受けたい。 *念のための申請は、必要時に申請するよう促してください。	<input type="checkbox"/>
基本チェックリスト	1 「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用したい。	<input type="checkbox"/>
	2 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。	<input type="checkbox"/>
	3 1人で自宅で入浴できないので、「通所介護」で入浴したい。 入浴できない理由()	<input type="checkbox"/>
	4 「短期集中型通所サービス」(おらんど)を利用したい。	<input type="checkbox"/>

【備考】

基本チェックリスト

受付者：市・包括・居宅
所属()氏名()

(C)

実施日： 年 月 日

対象者氏名

生年月日 T・S 年 月 日

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)		網かけ欄 の ○の数	
日常生活関連動作	1	バスや電車で1人で外出しますか	0. はい	1. いいえ	
	2	日用品の買物をしていますか	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	
	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	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
	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する。	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	
	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	
	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	
	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	
うつ	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	
	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は思えない	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	

* 現在の健康状態(あてはまるものに○) 1)よい 2)まあまあ 3)ふつう 4)あまりよくない 5)よくない

<事務処理欄>

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判定
No.	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定申請
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目	<input checked="" type="checkbox"/>							

<記入例>

基本チェックリスト

受付者: 市・**包括**・居宅
所属(A包括)氏名(三陸 浜子)

実施日: 平成 31年 4月 1日

対象者氏名	宮古 太郎	生年月日	T S 17年 7月 7日
-------	-------	------	----------------------

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)		網かけ欄 の ○の数	
日常生活 関連動作	1	バスや電車で1人で外出しますか	0. はい	1. いいえ	3
	2	日用品の買物をしていますか	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	4
	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	11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	0
	12	身長 165 cm 体重 68 kg (BMI 24.9) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。	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	1
	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	1
	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	0
	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	
うつ	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	2
	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は思えない	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	

* 現在の健康状態(あてはまるものに○) 1)よい 2)まあまあ **3)ふつう** 4)あまりよくない 5)よくない

<事務処理欄>

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判定
No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援 サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定 申請
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目 <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	

表1 基本チェックリストについての考え方

<p>【共通事項】</p> <p>①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
--

No.	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す。
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。面接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。

	質問項目	質問項目の趣旨
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か月間で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入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物が食べにくくなりましたか	半年前に比べて固い物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物が食べにくく、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	口の渇きが気になりますか	口の渇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「いつも同じことを聞く」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。

	質問項目	質問項目の趣旨
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・日常生活総合事業のガイドラインより

表2 サービス事業対象者に該当する基準

①	No. 1~20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障)
②	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)
③	No. 11~12 の 2 項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④	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)
⑤	No. 16~17 の 2 項目のうち No. 16 に該当	(閉じこもり)
⑥	No. 18~20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦	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)

介護予防・日常生活総合事業のガイドラインより

図2 サービス事業者の介護保険被保険者証

平成29年4月1日から、介護保険被保険者証の要介護状態区分等の欄に、「要介護〇」「要支援〇」「事業者」のいずれかが表記されます。

※被保険者証に、(サービス)事業者対象者の「認定年月日」は基本チェックリスト実施日として記載されませんが、「認定の有効期間」欄は記載されません。

介護保険被保険者証							
番号	0 0 0 0 0 0 × × × ×						
住所							
フリガナ							
氏名							
生年月日							
交付年月日	平成29年 〇月 ×日						
被保険者番号並びに保険者の名称及び印	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>9</td> </tr> </table> 岩手県宮古市 印	0	3	2	0	2	9
0	3	2	0	2	9		

要介護状態区分等	事業者
認定年月日 <small>(事業者対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)</small>	平成29年 〇月 △日
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
居宅サービス等	区分支給限度基準額
種類支給限度基準額 <small>(うちサービスの種類別支給限度基準額)</small>	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 単位
	サービスの種類
	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	

給付制限	内容	期間
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業者の名称又は地域包括支援センターの名称	宮古市地域包括支援センター 届出年月日 平成29年 〇月 〇日	開始年月日 年月日 終了年月日 年月日
	届出年月日 平成29年 〇月 〇日	開始年月日 年月日 終了年月日 年月日
	届出年月日 平成29年 〇月 〇日	開始年月日 年月日 終了年月日 年月日
介護保険施設等	入所	年月日 年月日
	入院	年月日 年月日
	退所	年月日 年月日
	退院	年月日 年月日
介護保険施設等	入所	年月日 年月日
	入院	年月日 年月日
	退所	年月日 年月日
	退院	年月日 年月日

(D)

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

										区分					
										新規・変更					
被保険者氏名					被保険者番号										
フリガナ															
					個人番号										
生 年 月 日						性 別									
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															
地域包括支援センター名					事業所の所在地			〒							
事業所番号								電話番号							
介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者															
受託先事業者の事業所名					事業所の所在地			〒							
事業所番号								電話番号							
事業所を変更する場合の事由等			※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（ 年 月 日付）															
宮古市長 様 上記の事業者に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 住 所 届出者 電話番号 氏 名 </div>															
保 険 者 確 認 欄			<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業所番号												

介護予防ケアマネジメントプランの作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者（ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者を含む）が介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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・意見及び主治医見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- 注 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所と契約を締結し次第、速やかに宮古市へ提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず宮古市に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。