

野田市介護予防・日常生活支援総合事業
及び介護予防支援業務
実施マニュアル

令和6年4月

野田市 福祉部 高齢者支援課

—目次—

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業について.....	2
1 介護予防・日常生活支援総合事業.....	3
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の概要.....	3
(2) 介護予防・生活支援サービス事業.....	4
(3) 一般介護予防事業.....	4
2 野田市における総合事業の取扱いの基本的な考え方について.....	14
(1) 総合事業の事業対象者.....	14
(2) 要介護認定・要支援認定と基本チェックリストによる事業対象者.....	14
3 介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者の申請受付について.....	15
(1) 相談受付時のフロー図.....	15
(2) 地域包括支援センターの支援.....	16
(3) 自立支援型地域ケア個別会議について.....	20
第2章 契約・請求について.....	21
1 契約.....	22
(1) 契約までのフロー.....	22
(2) 契約について.....	23
2 請求について.....	24
(1) 請求方法及び提出期限.....	24
(2) 請求区分.....	24
(3) 請求に係る書類.....	24
第3章 介護予防支援及び 介護予防ケアマネジメント業務について.....	25
(ケアプラン確認含む).....	25
第4章 基本チェックリストの考え方.....	37
1 基本チェックリスト実施の際の注意事項.....	38
(1) 基本チェックリストの実施方法.....	38

第1章

介護予防・日常生活支援総合事業について

1 介護予防・日常生活支援総合事業

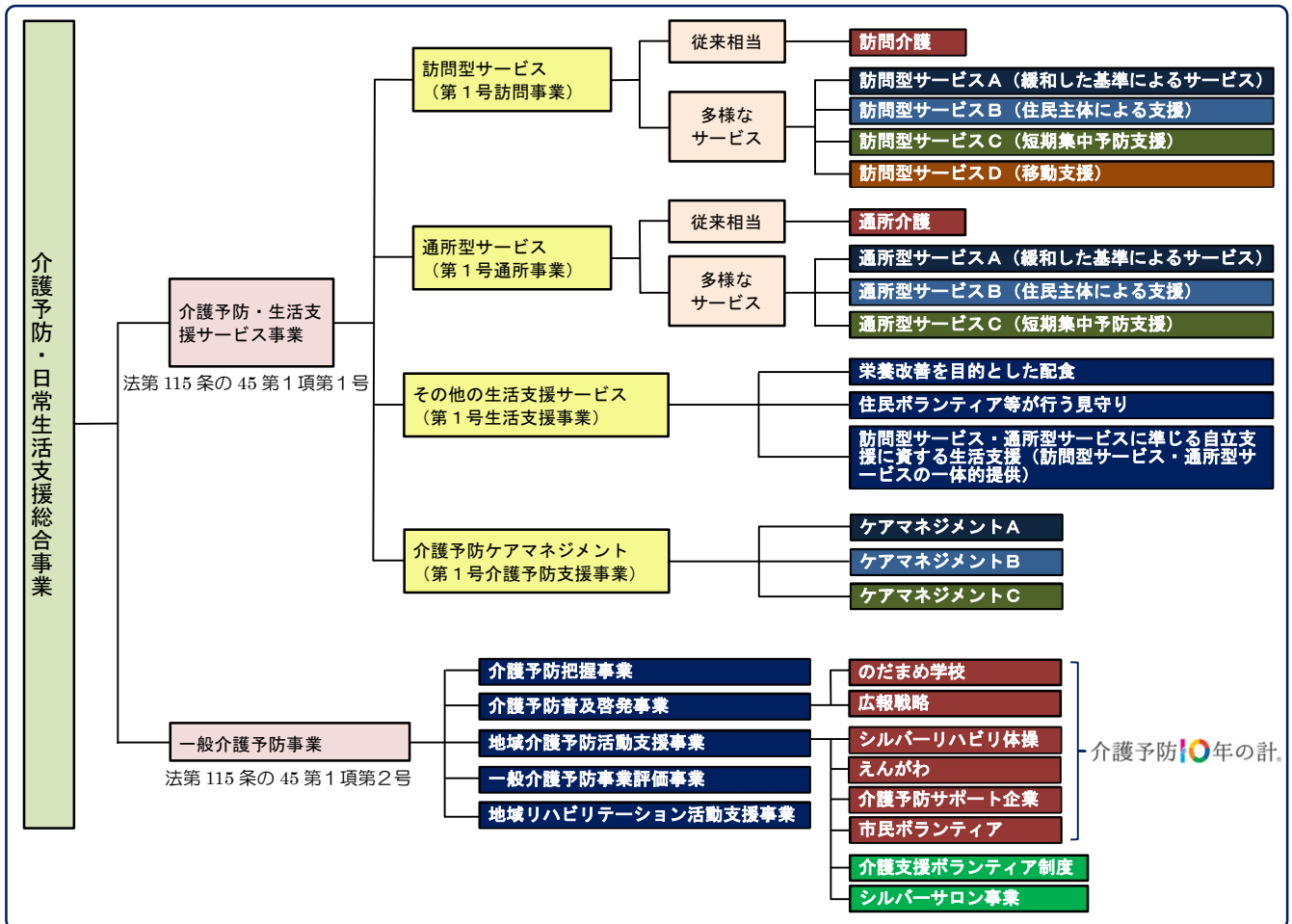
野田市が実施する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、野田市老人福祉計画及び介護保険事業計画（野田市シルバープラン）に則って実施します。

ここでは、野田市における総合事業の概要とその取扱いの基本的な考え方について説明します。

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

総合事業は、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を移行し、要支援者及び総合事業の事業対象者（以下「要支援者等」という。）に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業（介護保険法第115条の45第1項第1号）と、第1号被保険者に対して、体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業（介護保険法第115条の45第1項第2号）から構成されます。

■介護予防・日常生活支援総合事業の体系図



(2) 介護予防・生活支援サービス事業

野田市が実施する介護予防・生活支援サービス事業は、次のとおりです。(空欄は未実施)

① 訪問型サービス (第1号訪問事業)

	従来相当	サービスA	サービスB	サービスC	サービスD
実施	○				

② 通所型サービス (第1号通所事業)

	従来相当	サービスA	サービスB	サービスC
実施	○			

③ その他の生活支援サービス

	配食	見守り	その他
実施			

④ 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A	サービスB	サービスC
実施	○		

(3) 一般介護予防事業

野田市の一般介護予防事業は、「介護予防10年の計」としてシルバーリハビリ体操を中心とした六つの事業を実施しているほか、介護支援ボランティア制度とシルバーサロン事業を実施しています。

① 介護予防10年の計

「介護予防10年の計」は、シルバーリハビリ体操、のだまめ学校、えんがわ、市民ボランティア、介護予防サポート企業及び広報戦略の六つの事業で構成されており、高齢者の「運動・栄養・社会参加」を充実させるための包括的な事業です。

※市ホームページのページ番号：1012178

(市ホームページ内の検索欄でページ番号を入力し検索すると「介護予防10年の計」のページのリンクが表示されます。)

※市ホームページのQRコード：



自立した日常生活をいつまでも



健康維持のために

生きがいに

あなたも体操指導士に

特 徴

- 指導士となった市民が一般の市民を指導
- 体操は「肩こり予防」や「転倒予防」など92種類!
- 道具を使わず、いつでも、どこでも、ひとりでもできます

身体能力が低下した高齢者でも無理なく行える 92 種類の体操で、「いつでも、どこでも、ひとりでも」できます。筋力アップや関節の可動域の拡大、からだの柔軟性を高め、転びにくいからだづくり、肩痛・腰痛・膝痛・誤嚥の予防、元気に歩ける筋力の維持・向上に効果があります。

市民のみなさんがシルバーリハビリ体操を学び、指導士となって、市内の各地域で体験教室を開催し、ボランティアとして体操を指導します。市民同士がお互いに支えあい、いきいきと生活することができる、地域のみなさんの健康を支える活動です。

(7) シルバーリハビリ体操初級指導士

市が実施するシルバーリハビリ体操初級指導士養成講習会^{*}の全課程を修了した方がシルバーリハビリ体操初級指導士（以下「指導士」といいます。）となり、市民の方々に対して、シルバーリハビリ体操を普及していきます。

※初級指導士養成講習会の詳細は市ホームページや市報、チラシでお知らせしています。

(4) 体験教室・体操教室

指導士が公民館等で体験教室や体操教室を定期開催しています。

日程や場所の詳細は市ホームページ、市報又はチラシを御確認ください。

※市ホームページのページ番号：1011210

(市ホームページ内の検索欄でページ番号を入力し検索すると「シルバーリハビリ体操」のページのリンクが表示されます。)


※市ホームページのQRコード：



イ のだまめ学校

IO のだまめ学校

楽しく学んで仲間づくりを！



- 無料で参加可能!
- お好きな講座を選んで受講
- 毎月スケジュールを配布

特徴

- 保健センター4階「のだまめ学校」で健康に関する講座をほぼ毎日実施!
- お住まいの地域へ、希望する講座を出前でお届け!
- 介護予防や認知症予防の講座から脳トレ・エクササイズまで!

保健センター4階で「のだまめ学校」の全講座を実施する本講座、本講座の中から市民の要望に応じて身近な場所に「のだまめ学校」を出前する出前講座、スーパーやイベントにて「のだまめ学校」の体験をしていただく出前ミニ講座を行います。

(7) 本講座

保健センター4階のだまめ学校(408会議室)で行っています。

のだまめ学校の全講座を網羅し、ほぼ毎日、講座を実施しています。市民の方ならどなたでも事前予約することなく参加できます。

また、市の公共施設で開催する出張本講座も実施しています。

本講座の日程表は、高齢者支援課の窓口や保健センター、市公共施設で配布しています。また、市ホームページでも確認できます。

(イ) 出前講座

出前講座は、市民の方からの依頼により、本講座の内容を依頼場所までお届け（出前）します。

要件は、概ね5人以上の団体であること、会場の手配をしていただくこととなります。

(ウ) 出前ミニ講座

出前ミニ講座は、スーパーや市公共施設、老人クラブ等の会合などに出向き、のだまめ学校のPRをすることが目的としています。

※市ホームページのページ番号：1012544

（市ホームページ内の検索欄でページ番号を入力し検索すると「のだまめ学校」のページのリンクが表示されます。）

※市ホームページのQRコード：



ウ えんがわ

えんがわ

みなさんの「えんがわ」を応援します！



仲間づくり



健康体操



趣味活動



軽スポーツ



お茶の会



仲間づくりに！

趣味の活動に！

開設・運営を補助

特徴

- 日常的にお住まいの地域の方々とふれあえる『通いの場』
- 体操・歓談・趣味活動など介護予防の活動拠点
- 開設する方には、市から3年間で最大20万円を補助します

高齢者の方々が中心となって、日常的にお住まいの地域で地域の方々とふれあうことができる通いの場のことです。地域住民が活動主体となって、地域にある集会所などを活用して、体操などの軽運動や、お茶を飲みながらの歓談、趣味活動など、

様々な活動を行い、人と人とのつながりを通じて高齢者の社会における孤立の防止を図ることを目的としています。

また、えんがわを開設する方には、市から一定の額の補助金が支給されます。（開設支援補助金・運営支援補助金は3年間で最大20万円、運営継続支援補助金は5年間で最大15万円）

(7) えんがわの実施場所

えんがわの実施場所は、市ホームページに掲載しています。
各実施団体の連絡先は、高齢者支援課までお問い合わせください。

(1) えんがわの開設について

えんがわの開設要件等については、市ホームページに掲載している「野田市えんがわ支援事業のご案内」を御覧ください。

※市ホームページのページ番号：1017340

（市ホームページ内の検索欄でページ番号を入力し検索すると「えんがわ」のページのリンクが表示されます。）

※市ホームページのQRコード：



エ 市民ボランティア

！O 市民ボランティア

あなたの力が地域を元気に！

市が支援している市民ボランティア

- オリジナル体操作成委員（えだまめ体操）
- 介護支援ボランティア（ボランティアポイント）
- 介護予防サポーター
- シルバーリハビリ体操指導士
- のだまめ学校ボランティア



高齢者がボランティア活動を通じて介護予防への取組を行うことを支援することを目的としたものです。現在、オリジナル体操作成委員、介護支援ボランティア、野田市介護予防サポートボランティアの会の介護予防サポーター、シルバーリハビリ体操指導士及びのだまめ学校ボランティアの五つのボランティア団体の養成や支援を行っています。

ボランティア団体	活動内容
オリジナル体操作成委員	えだまめ体操の普及活動
介護支援ボランティア	介護保険施設等へのボランティア活動
介護予防サポーター	サロン活動やえだまめ体操の普及活動
シルバーリハビリ体操指導士	地域での体操指導・普及活動
のだまめ学校ボランティア	のだまめ学校運営のボランティア活動

※市ホームページのページ番号：1017342

(市ホームページ内の検索欄でページ番号を入力し検索すると「市民ボランティア」のページのリンクが表示されます。)


※市ホームページのQRコード：



オ 介護予防サポート企業

IO 介護予防サポート企業

介護予防に資する取組を行う企業と協力！



「介護予防サポート企業」の特徴

- シルバーリハビリ体操の会場提供
- 「のだまめ学校」で講座を実施
- 「えんがわ」の開設・運営
- ロゴを活用した企業 PR など

民間企業などの介護保険以外のサービスや活動を積極的に活用し、介護保険事業費の支出を伴わない介護予防を目指すことを目的としています。企業は、介護予防サポート企業に登録することにより、市報または市ホームページでサポート企業名が公表されるほか、「介護予防10年の計」及び「介護予防サポート企業」の名称及びロゴマークを使用することができます。

(7) 介護予防サポート企業一覧

市ホームページで公開しています。

※市ホームページのページ番号：1017341

(市ホームページ内の検索欄でページ番号を入力し検索すると「介護予防サポート企業」のページのリンクが表示されます。)

※市ホームページのQRコード：



— 広がる「介護予防10年の計」の輪 —

これからの10年をさあ、一緒に

- ロゴを活用した事業 PR
- イベントへの出展
- プロモーションビデオの活用
- パンフレットの作成
- 市報への健康コラムの掲載
- 講演会の開催 など



作成した「介護予防10年の計」のロゴマークやプロモーションビデオを活用し、一般介護予防事業の普及啓発を行っています。また、市のイベント等に参加して介護予防の啓発活動を行っています。

市報の毎月15日号に、「シリーズ・介護予防10年の計」として、介護予防や健康に関するコラムを掲載しています。（東京理科大学 教授 柳田信也氏 監修）

● ロゴマーク

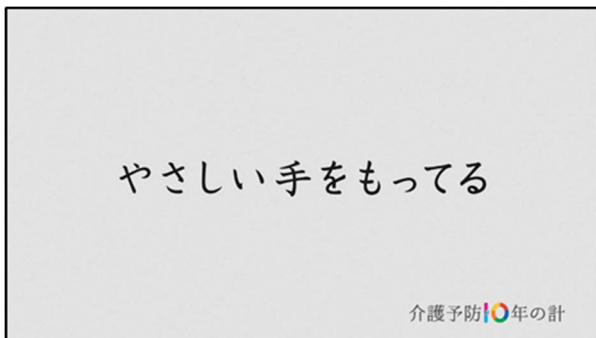
介護予防10年の計®

- シルバーリハビリ体操
- のだまめ学校
- えんがわ
- 市民ボランティア
- 介護予防サポート企業
- 広報戦略

● 普及啓発ポスター



● プロモーションビデオ 「やさしい手を持つてる」



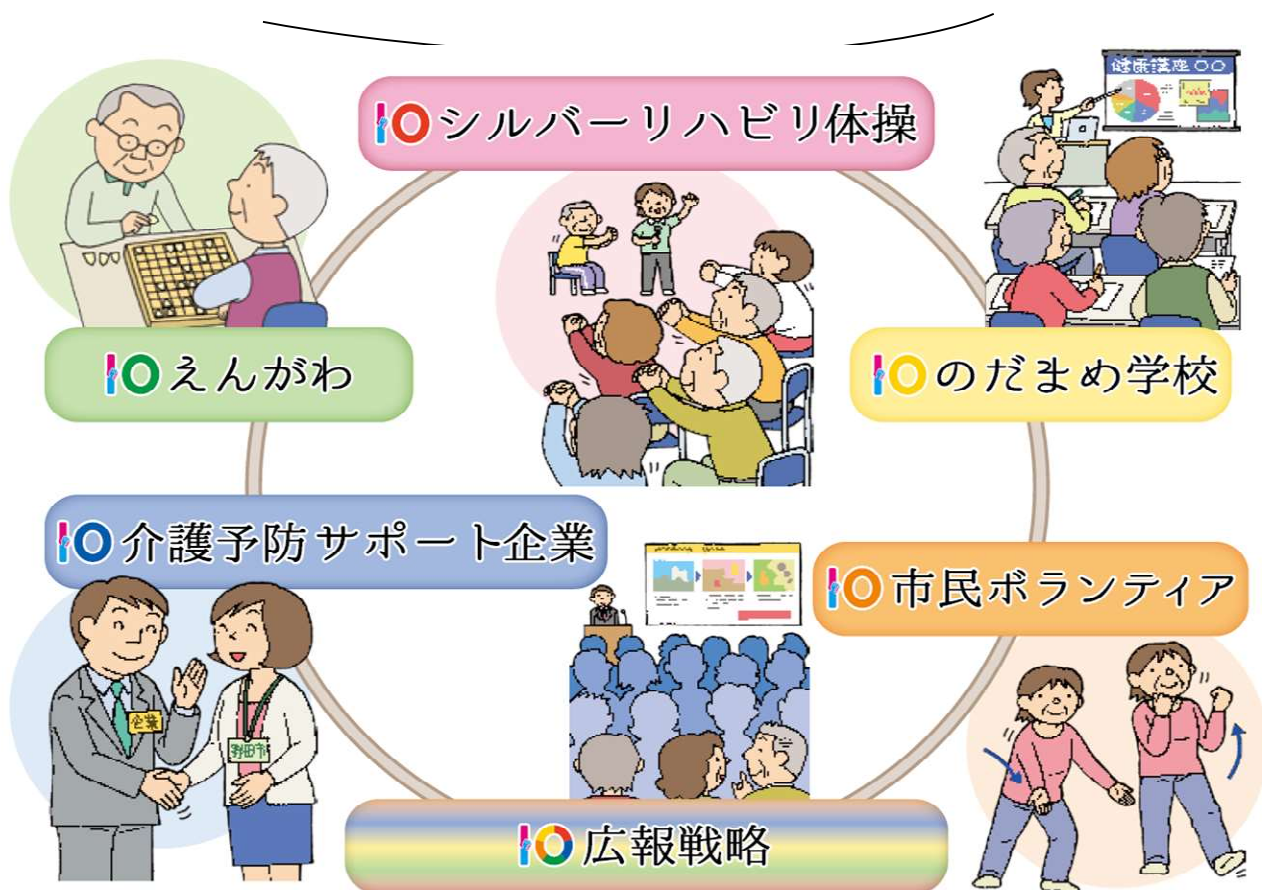
(市ホームページ内の検索欄でページ番号を入力し検索すると「広報戦略」のページのリンクが表示されます。)

※市ホームページのQRコード：



■「介護予防10年の計」の六つの事業の関係図

介護予防10年の計[®]



② 介護支援ボランティア制度

高齢者が地域貢献、社会活動参加、生きがいづくりを通じて介護予防に取り組むための制度で、市が指定した介護保険施設等でボランティア活動を行うと、活動時間に応じてポイントが得られ、ポイント数に応じて最大 5,000 円が支給される制度です。

野田市介護支援ボランティアの登録は、市が実施する説明会への参加もしくは社会福祉協議会の窓口で説明を受ける必要があります。

ア 対象者

次の全ての要件を満たす方

- (ア) 野田市に居住し、野田市の住民基本台帳に記録されている方
- (イ) 野田市の介護保険第 1 号被保険者（市内在住の 65 歳以上の方）で、要介護認定・要支援認定を受けていない方
- (ウ) 前年度までの介護保険料に滞納がない方

イ 活動内容

- (ア) レクリエーション等の指導及び運営補助
- (イ) お茶出し、食堂内の配膳及び下膳等補助
- (ウ) 散歩、外出及び施設内移動の補助
- (エ) 施設利用者の話し相手

※ 事業所によって、募集している活動内容は異なります。

ウ 活動場所

市が指定した介護サービス事業所等（市ホームページ参照）

エ 特典

スタンプ数	受け取れる評価ポイント	交付金の額
0 個から 9 個	0 ポイント	0 円
10 個から 19 個	10 ポイント	1,000 円
20 個から 29 個	20 ポイント	2,000 円
30 個から 39 個	30 ポイント	3,000 円
40 個から 49 個	40 ポイント	4,000 円
50 個以上	50 ポイント	5,000 円

※市ホームページのページ番号：1006052

（市ホームページ内の検索欄でページ番号を入力し検索すると「介護支援ボランティア制度」のページのリンクが表示されます。）

※市ホームページのQRコード：



③ シルバーサロン事業

高齢者の仲間づくりや認知症対策、閉じこもり予防を目的に、地域の高齢者が気軽に参加し楽しく時間を過ごせる、身近な交流の場として、シルバーサロンを開設しています。

ア 対象者

市内在住のおおむね 65 歳以上の方

イ 活動内容

- (ア) お茶を飲みながら談笑
- (イ) ストレッチ体操
- (ウ) 手芸
- (エ) 健康麻雀・将棋
- (オ) その他

※活動内容は、日によって異なるので、シルバーサロンに確認してください。

ウ 活動場所

シルバーサロン はつらつ・ゆうみい

住所：野田市中根 193 番地（パルシステム千葉 のだ中根店敷地内）

電話：04-7197-2133

エ 開設日時

月曜日から金曜日（年末年始を除く、祝日も開設）

10時から15時

※市ホームページのページ番号：1006590

（市ホームページ内の検索欄でページ番号を入力し検索すると「シルバーサロン」のページのリンクが表示されます。）

※市ホームページのQRコード：



2 野田市における総合事業の取扱いの基本的な考え方について

(1) 総合事業の事業対象者

総合事業の事業対象者（以下「事業対象者」という。）は、基本チェックリストの判定により認定されます。

事業対象者は、概ね6か月以内に自立となるようサービスを利用していきます。
また、事業対象者は、下記の表のサービスを利用することができます。

■事業対象者と要支援者利用可能サービスの比較

		事業対象者	要支援1	要支援2	
支給限度額		(要支援1相当)	国・自治体の単価設定による		
介護予防サービス（訪問看護等）		×	○	○	
総合事業	訪問型サービス (従来相当) A2	訪問型サービスⅠ	○	○	
		訪問型サービスⅡ	○	○	
		訪問型サービスⅢ	×	×	
	通所型サービス (従来相当) A6	通所型サービスⅠ	○	○	×
		通所型サービスⅡ	×	×	○
タクシー券		△	○	○	

△…70歳以上の一人世帯、夫婦世帯で市町村民税非課税の方は利用可能

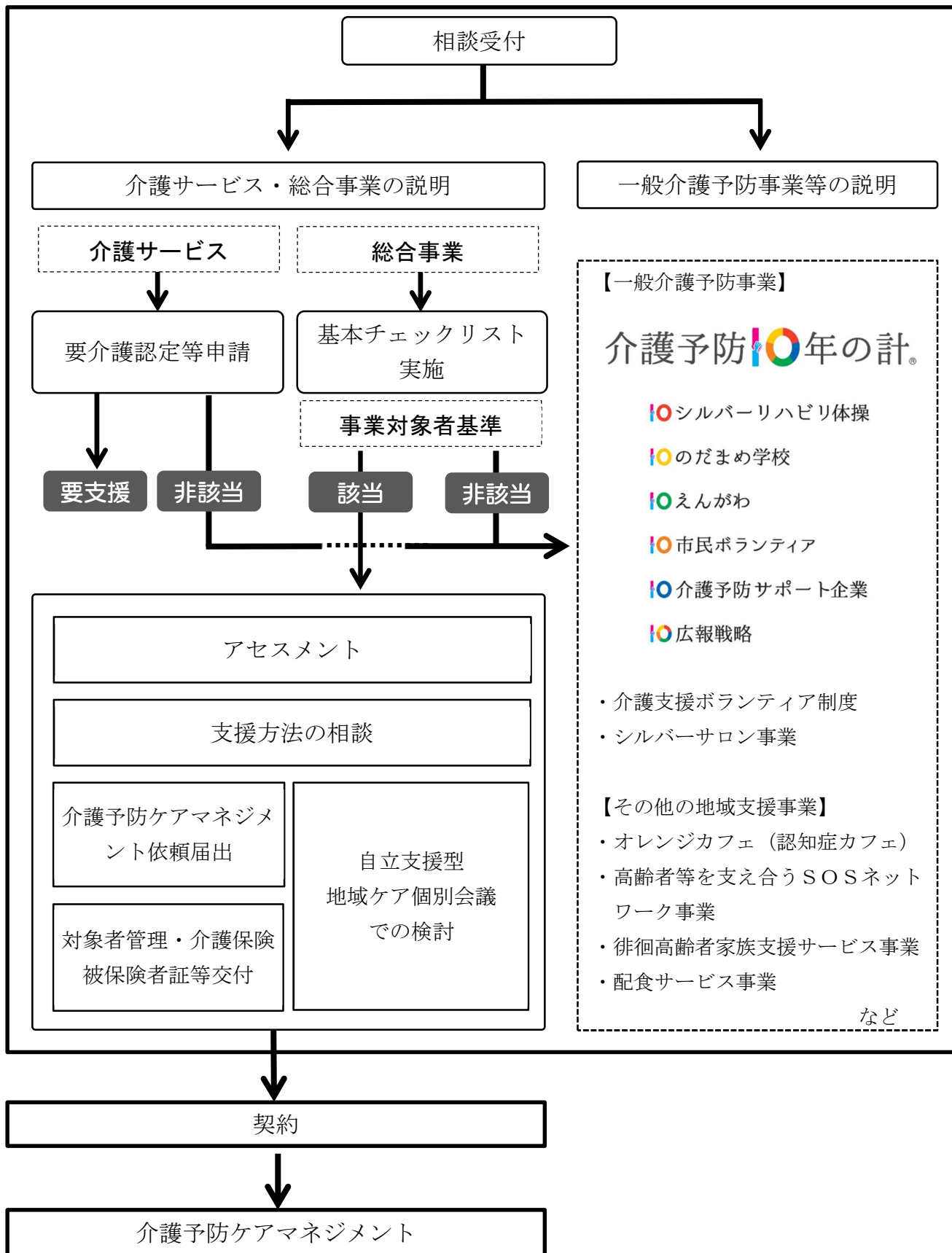
(2) 要介護認定・要支援認定と基本チェックリストによる事業対象者

野田市では、できる限り安全なサービス提供のために必要な医療の情報を把握するため、原則として要介護認定・要支援認定（以下「要介護認定等」という）を推奨しています。

ただし、利用者やその家族が、基本チェックリストによる事業対象者の判定を強く希望する場合は、基本チェックリストによる事業対象者の判定を実施します。

3 介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者の申請受付について

(1) 相談受付時のフロー図



(2) 地域包括支援センターの支援

① 相談支援

内 容		帳票等															
<p><聞き取り></p> <p>被保険者から相談目的を確認し、被保険者の状態や希望サービスが次のどの項目に該当するか確認する。</p> <p>1 要介護（要支援）状態又は要介護認定等を必要とするサービスを希望する場合</p> <p>2 要支援1相当の総合事業のみを希望する場合</p> <p>1 要介護（要支援）状態又は要介護認定等を必要とするサービスを希望する場合 要介護認定等申請を行う</p> <p>2 要支援1相当の総合事業のみを希望する場合 要介護認定等申請と基本チェックリストの実施の2つの方法があることを説明し、どちらの方法を選択するか確認する。</p>		<p>窓口備付リーフレット（要介護認定等申請を検討される方へ）</p> <p>（必要時） 介護保険要介護認定・要支援認定申請</p>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>要介護認定等申請</th> <th>基本チェックリスト実施</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>申請からサービス利用までの期間</td> <td>■ 1か月程度 (ただし申請日から暫定利用可能)</td> <td>■ 2週間程度</td> </tr> <tr> <td>利用可能なサービス</td> <td>■ 総合事業サービス ■ 介護(予防)給付 ■ 要介護認定等の有無が利用の是非に係る高齢者福祉サービス</td> <td>■ 総合事業サービス (要支援1相当)</td> </tr> <tr> <td>心身状態の判断</td> <td>■ 認定調査票と主治医意見書を基に介護認定審査会で全国一律の基準で判断</td> <td>■ 基本チェックリスト、利用者基本情報、アセスメントシートでの判断</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>■ 認定調査票と主治医意見書の情報があることで、適正なケアプラン作成や事業所のサービス提供時の安全管理等に役立つ</td> <td>■ 自立支援を目的とし、総合事業サービスを一定期間利用して「自分でできる」ようになったらサービスから卒業していくことが前提</td> </tr> </tbody> </table>		要介護認定等申請	基本チェックリスト実施	申請からサービス利用までの期間	■ 1か月程度 (ただし申請日から暫定利用可能)	■ 2週間程度	利用可能なサービス	■ 総合事業サービス ■ 介護(予防)給付 ■ 要介護認定等の有無が利用の是非に係る高齢者福祉サービス	■ 総合事業サービス (要支援1相当)	心身状態の判断	■ 認定調査票と主治医意見書を基に介護認定審査会で全国一律の基準で判断	■ 基本チェックリスト、利用者基本情報、アセスメントシートでの判断	その他	■ 認定調査票と主治医意見書の情報があることで、適正なケアプラン作成や事業所のサービス提供時の安全管理等に役立つ	■ 自立支援を目的とし、総合事業サービスを一定期間利用して「自分でできる」ようになったらサービスから卒業していくことが前提	<p>（必要時） 地域包括支援センターリーフレット</p>
	要介護認定等申請	基本チェックリスト実施															
申請からサービス利用までの期間	■ 1か月程度 (ただし申請日から暫定利用可能)	■ 2週間程度															
利用可能なサービス	■ 総合事業サービス ■ 介護(予防)給付 ■ 要介護認定等の有無が利用の是非に係る高齢者福祉サービス	■ 総合事業サービス (要支援1相当)															
心身状態の判断	■ 認定調査票と主治医意見書を基に介護認定審査会で全国一律の基準で判断	■ 基本チェックリスト、利用者基本情報、アセスメントシートでの判断															
その他	■ 認定調査票と主治医意見書の情報があることで、適正なケアプラン作成や事業所のサービス提供時の安全管理等に役立つ	■ 自立支援を目的とし、総合事業サービスを一定期間利用して「自分でできる」ようになったらサービスから卒業していくことが前提															
<p>(1) 要介護認定等申請を希望した場合 要介護認定等申請を行う。</p> <p>(2) 基本チェックリスト実施を希望した場合 「② 総合事業説明」に進む。</p>																	

② 総合事業説明

内 容	帳票等
<p>1 総合事業の趣旨の説明</p> <p>2 要介護認定等申請及び基本チェックリスト実施の再検討 改めて、相談内容（特に、要介護認定等申請ではなく、基本チェックリストを希望する理由）を確認する。</p> <p>(1) 明らかに要介護状態であるが、本人の受診拒否のために要介護認定等申請ができない場合 基本チェックリストの実施の前に、受診勧奨支援を実施する。</p> <p>(2) 早急にサービスが必要な場合 本人の状態確認、介護保険サービスの暫定利用の説明を行い、必要時は要介護認定等申請を行う。</p> <p>(3) 情報把握、総合事業の説明をした上で、基本チェックリスト実施を希望した場合 「③ 基本チェックリスト実施」に進む。</p>	

③ 基本チェックリスト実施

内 容	帳票等
<p>1 基本チェックリスト実施申込書の受付</p> <p>※ 原則は、本人が来所して申込。対面で基本チェックリストを実施</p> <p>※ 担当包括への電話連絡でも受付は可能。包括職員が基本チェックリスト実施申込書を記入する。</p> <p>※ 個人情報保護については、同意を得たことを記載しておき、基本チェックリスト実施時に自署してもらう。</p> <p>2 基本チェックリストの実施 本人と直接面接で確認する。</p> <p>※ 第4章 基本チェックリストについての考え方(p. 37～)を参考に、質問の趣旨に沿って、本人に記入してもらう（本人が記入できない場合は聴き取る）。</p> <p>※ 本人が来所できない場合は、訪問で対応。やむを得ない事情により、直接面接ができない場合は、個別協議により対応する。</p>	<p>基本チェックリスト実施申込書</p> <p>基本チェックリスト</p>

④ 事業対象者の特定

内 容	帳票等
<p>1 事業対象者の基準に該当するか判断する 基本チェックリストの点数を算出し、事業対象者の基準に該当するか判断する。(基準は第4章 p. 39～を参照)</p> <p>〔</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 基準に該当する場合 ⇒ ⑤-1 ・ 基準に非該当の場合 ⇒ ⑤-2 <p>〕</p>	基本チェックリスト

⑤-1 事業対象者への対応

内 容	帳票等
<p>1 アセスメント</p> <p>(1) 本人の生活状況、健康状態、活用可能な資源等の聴き取り (2) アセスメントシートの領域ごとの課題、改善可能性及び対応の整理</p> <p>2 対応方法の検討 アセスメントの結果により、次のとおり対応する</p> <p>(1) 要介護認定等申請の必要性がある場合 事業対象者であっても基本チェックリストを実施する中で、要介護認定等申請が必要と判断した場合は、申請を勧めること。</p> <p>(2) 介護予防ケアマネジメント対象者 本人に、次の内容を説明する</p> <p>① 市に介護予防ケアマネジメント依頼届出をすること ② 事業サービス利用対象は、要支援1相当に該当する者であること ③ 本人の意向と必ずしも同じとはならない可能性もあること</p> <p>※ 基本チェックリスト及びアセスメントの結果、要介護認定等申請又は総合相談対応（一般介護予防事業）ではなく、自立支援型地域ケア個別会議にかけるべき対象と判断した場合には、「介護予防ケアマネジメントの契約」を取り交わす。(可能であれば) 介護保険被保険者証を預かり、会議後に介護予防ケアマネジメント依頼届出書と基本チェックリストを高年齢者支援課に提出すること。</p>	<p>介護予防ケアマネジメント依頼届出書</p> <p>基本チェックリスト</p> <p>利用者基本情報</p> <p>アセスメントシート</p> <p>介護保険被保険者証等</p>

内 容	帳票等
<p>3 介護予防ケアマネジメント依頼届出 市（高齢者支援課）に事業対象者の介護予防ケアマネジメント依頼届出書、基本チェックリスト、介護保険被保険者証を提出する。</p> <p>4 自立支援型地域ケア個別会議での検討 担当地区の地域包括支援センターが主催する自立支援型地域ケア個別会議で自立支援のためのケアマネジメントについて検討する。</p> <p>5 介護予防ケアマネジメント（サービス提供）の開始</p>	

⑤-2 事業対象者の基準に非該当の方への対応

内 容	帳票等
<p>民間サービスや一般介護予防事業等を紹介し、総合相談として対応する。</p> <p>【紹介するサービスの例】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 一般介護予防事業 2 市の高齢者福祉サービス 3 自費ヘルパー、シルバー人材センター、宅食サービス等 <p>※ 事業対象者の場合でも、その後の支援方針を検討するためにアセスメントシートを活用しても可。介護予防ケアマネジメント依頼届出書は提出しないが、基本チェックリストは市に提出する。</p>	<p>基本チェックリスト</p> <p>(必要時)</p> <p>アセスメントシート</p>

(3) 自立支援型地域ケア個別会議について

①前提事項

- ア この会議にかけるまでの間に、本人・家族への説明が十分なされていること
- イ 『適切な目標設定』『サービス利用の妥当性』を判断するための会議であること。

② 事前準備

- ア 基本チェックリスト実施後、速やかに会議の日程調整を行う。
- イ 記録及び別添資料を担当地域包括支援センター及び担当ケアマネジャーで作成する。

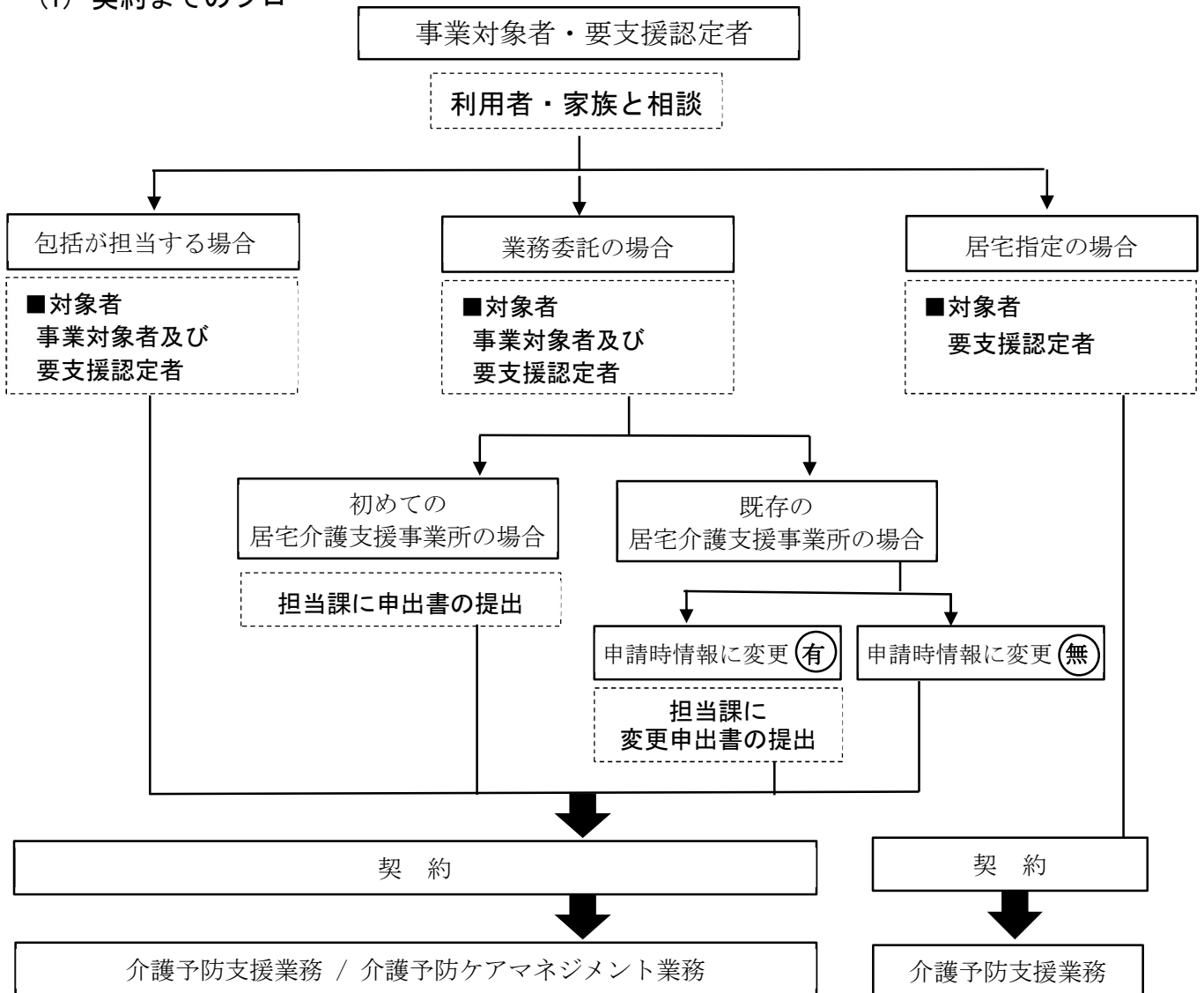
内 容	帳票等
<p>自立支援のためのケアマネジメントについて検討する。 (地域ケア個別会議を活用)</p> <p><目的> (1) 適切な目標設定 (2) サービス事業を利用することの妥当性の検討 (民間のサービスや一般介護予防事業等の活用についての検討) (3) 評価期間、終了の目安の検討</p> <p><実施主体> 担当地区地域包括支援センター (司会・進行)</p> <p><対象者> 事業対象者</p> <p><記録> 自立支援型地域ケア個別会議 1 票～3 票 (担当地区地域包括支援センターで決裁後保管)</p> <p>※ 別添資料 ・基本チェックリスト ・利用者基本情報 ・アセスメントシート ・その他必要な書類</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者基本情報 ・基本チェックリスト ・アセスメントシート ・その他必要な書類 (薬剤情報等) ・自立支援型地域ケア個別会議 1 票～3 票
<p><出席者> (1) 担当地区地域包括支援センター (必須) (2) 基幹型地域包括支援センター (必須) (3) 他地区地域包括支援センター (原則参加) (4) 担当ケアマネジャー (必須) (5) その他必要な職種 等</p>	

第2章

契約・請求について

1 契約

(1) 契約までのフロー



■取り交わす書類一覧

書類		新規利用者	
介護予防支援及び第1号介護予防支援事業に関する重要事項説明書	利用者	○	3部
	事業所	○	
	担当包括	○	
介護予防支援及び第1号介護予防支援事業に関する契約書	利用者	○	2部
	事業所	コピー	
	担当包括	○	
個人情報使用同意書	利用者	コピー	1部
	事業所	コピー	
	担当包括	○	

※ 地域包括支援センターが直接担当する場合は、事業所分は不要

※ 居宅介護支援事業所が指定を受けた場合は、契約書3部取り交わしを行う。

(2) 契約について

① 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との業務委託契約

内 容	帳票等
<p>■初めての居宅介護支援事業所の場合（申出書申請）</p> <p>居宅介護支援事業所として市内の地域包括支援センターから介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務委託を初めて受ける場合、高齢者支援課に申出書の提出をする。</p> <p>※ 一度選定されれば、市内全ての地域包括支援センターから業務委託可能となる。</p> <p>なお、申請時と申出書内容が変更された場合（人員増減、事業所の移転等）は、速やかに変更申出書を提出すること。</p>	<p>野田市介護予防支援及び第1号介護予防支援事業委託事業所選定申出書</p> <p>野田市介護予防支援及び第1号介護予防事業委託事業所変更申出書</p>
<p>■業務委託契約（各地域包括支援センター別）</p> <p>委託事業所として選定後、業務委託を受ける地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の2者間で業務委託契約を締結する。</p> <p>※ 介護保険法の改正等により業務委託契約内容が変更となる場合は、変更契約が必要となる。</p>	<p>介護予防サービス計画等作成等にかかる業務委託契約書（2部）</p> <p>情報セキュリティに関する組織体制届出書（1部）</p> <p>約款</p>

② 利用者との契約

内 容	帳票等
<p>■利用者・担当地区地域包括支援センター・（指定・委託）居宅介護支援事業所との3者契約</p> <p>○ 業務委託契約に基づき、担当地域包括支援センターが契約手続きを行う。ただし、居宅介護支援事業所へ委託した場合は、委託事業所が契約手続きを行う。</p> <p>○ 重要事項説明書を説明し、記入してもらう。</p> <p>○ 契約書を説明し、記入してもらう。</p> <p>○ 個人情報使用同意書を説明し、記入してもらう。</p> <p>※介護保険法の改正等より業務委託契約内容が変更となる場合は、変更契約が必要となる。</p> <p>○ 同時にアセスメント実施（詳細は「第3章 介護予防ケアマネジメントについて」参照）</p>	<p>介護予防支援及び第1号介護予防支援事業に関する重要事項説明書（3部）</p> <p>※包括担当の場合2部</p> <p>介護予防支援及び第1号介護予防支援事業に関する契約書（2部）</p> <p>※居宅指定の場合3部</p> <p>個人情報使用同意書（1部）</p>

2 請求について

(1) 請求方法及び提出期限

介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費は、各地域包括支援センターから毎月10日までに千葉県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）へ請求します。地域包括支援センターから委託されている居宅介護支援事業所は、毎月5日までに請求に係る書類一式を担当地区の地域包括支援センターへ提出してください。

(2) 請求区分

- ① 利用者が同月に予防給付のサービスと総合事業のサービスを受けた場合
⇒「介護予防支援（予防給付）」
- ② 利用者が総合事業のサービスのみを受けた場合
⇒「第1号介護予防支援事業（総合事業）」

(3) 請求に係る書類

	介護予防支援	第1号介護予防支援事業	(指定) 介護予防支援
介護予防支援委託料確認書	○	—	—
第1号介護予防支援（総合事業分）事業委託料確認書	—	○	—
介護予防支援：指定居宅介護支援事業所担当者報告書	—	—	○
給付管理票（様式第十一）	○	○	—
サービス利用票	○	○	—
サービス利用票別表	○	○	—

※ 支給限度額、委託料、加算については、国・自治体の基準を確認してください。

※ 予防給付分と総合事業分を分けて提出してください。

※ 【他市町村の住所地特例者かつ保険者が県外の場合】には該当者分を分けて請求書及び名簿を作成し、給付管理票・サービス利用票・利用票別表を添付してください。（委託事業者が県外の場合は、住所地特例者（県内・県外不問）を分ける必要はありません）

※ 県外委託等、状況により介護予防支援委託料確認書及び第1号介護予防支援（総合事業分）事業委託料確認書は請求書として書き換えて担当包括へ提出する場合あり。

※ 介護予防支援：指定居宅介護支援事業所担当者報告書は、担当地区地域包括支援センターへ提出。

(4) 過誤請求

介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の過誤請求は、市（高齢者支援課）で過誤申立データを作成しますので、各地域包括支援センターは、市へ過誤申立書を提出してください。

第3章

介護予防支援及び

介護予防ケアマネジメント業務について

(ケアプラン確認含む)

1. 目的

より良い支援を行うために、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。（※厚生労働省「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」一部抜粋）

2. ケアプラン確認を行うにあたっての留意点

- ①ケアプラン確認にあたって、事業所側の事務の負担を考慮し、柔軟な対応をお願いします。
- ②ケアプランを形式的に確認するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
- ③ケアプラン確認は、介護支援専門員の双方向で行い、介護支援専門員にはケアマネジメントにかかる「気づき」を提供することにより、利用者に対するケアマネジメントのさらなる質の向上を図ることができるようにしてください。
- ④ 確認者は、フォーマル・インフォーマル、多面的視点から確認を行い、適切なサービスが行うことができているのかを確認してください。
- ⑤ 介護支援専門員を批判するのではなく、一緒にレベルアップを図る方法であることを認識してください。

3. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ

(1) アセスメント（課題分析）

利用者の置かれている状況や、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を明らかにする。

(2) ケアプラン原案の作成

課題分析で明らかにされたニーズを解決するための目標を設定し、ケアプラン原案を作成する。

(3) ケアプラン確認（委託の場合のみ）

委託元である地域包括支援センターにてケアプランの確認を実施。

(4) サービス担当者会議

ケアプラン原案に組み込まれた各種サービスの提供事業者、サービス利用者及び家族とともに、ケアプラン原案の内容を確認する。

(5) 利用者への説明・同意プラン確定

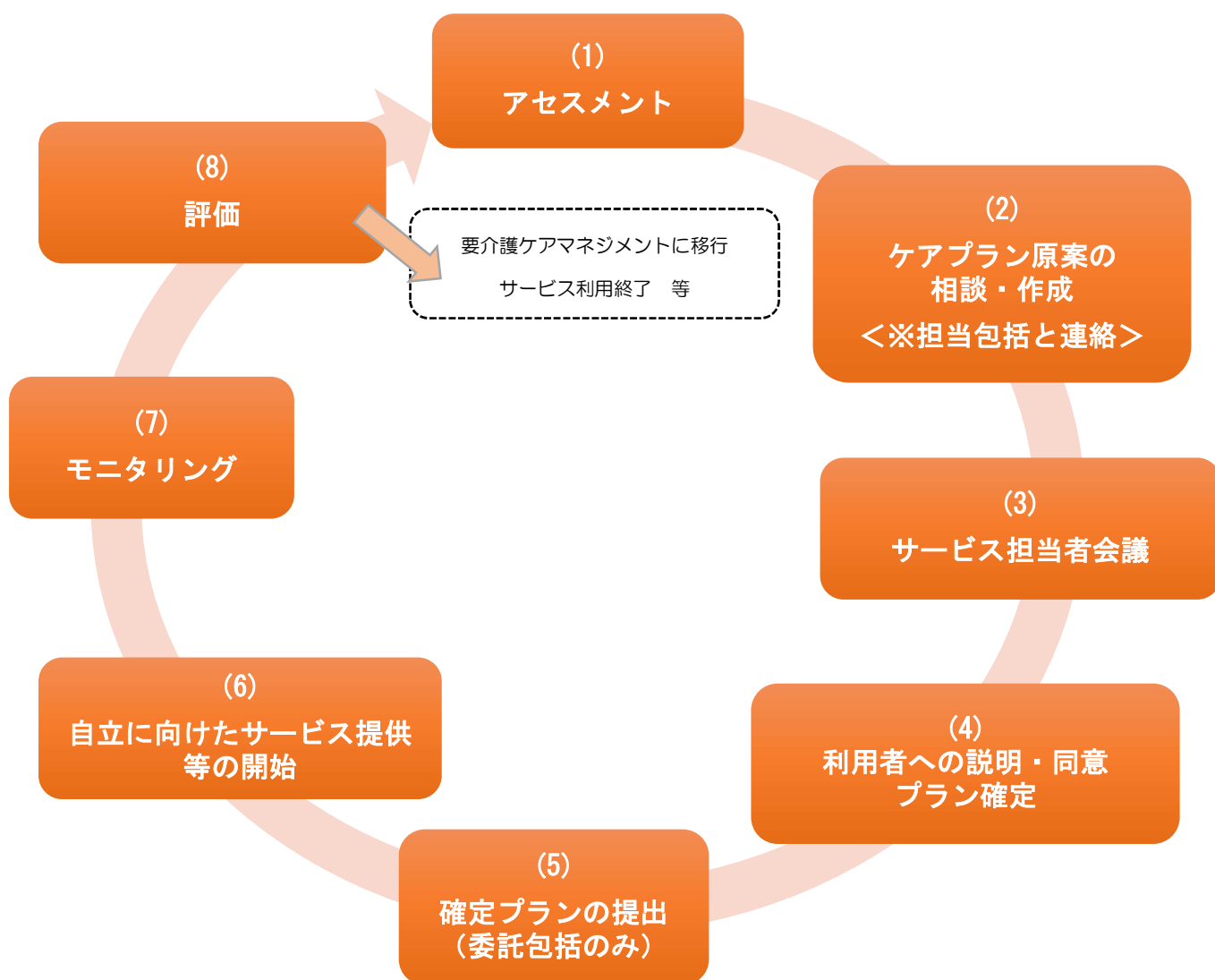
サービス担当者会議の内容に基づき、必要であればケアプランを修正し、利用者及び家族の同意を得る。

(6) 確定プランの提出（委託の場合のみ）

利用者の署名が入ったケアプランの写しを地域包括支援センターへ提出する。

- (7) 自立に向けたサービス提供等の開始
ケアプランに基づき、サービス提供者はサービスを提供する。
 - (8) モニタリング
サービスの実施から得られた効果や新たな課題がないか、モニタリングを実施する。
 - (9) 評価
モニタリングから得られた情報をもとに評価を行う。必要であればケアプランの見直しを行う。
- ※ケアプランは、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものです。

【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ】



4. 確定プランの提出時の書類について <要支援者・事業対象者>

	書類名	初回	プラン変更時	終了
①	利用者基本情報 <small>(契約時に個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての合意を得ている場合は、利用者基本情報に同意を得る必要はない。)</small>	○	△ (更新時のみ)	
②	基本チェックリスト	○	○	
③	介護予防・支援計画書原案 ※1	×	×	
④	介護予防・支援計画書（確定）写し ※2	○	○	
⑤	サービス担当者会議録 ※2	○	○	
⑥	サービス利用票・別表	×	×	
⑦	評価表	×	○	○

※1. 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が相談を受けた後、居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、介護予防支援・第1号介護予防支援事業の支援が必要な方に、介護予防サービス・支援計画書原案を作成する。作成する際に、担当地区の地域包括支援センター職員と支援内容やサービス利用に関する相談を電話連絡等で行い、地域包括支援センター職員欄の【確認欄】に日付・地域包括支援センター名・担当者名を入れて原案を作成。作成後、介護予防支援計画書原案をもとにサービス担当者会議を実施。

(※担当地区の地域包括支援センターは、相談や支援内容等を受けた際は、システム内の経過記録に記録を残し、センター内で共有する。)

※2. サービス担当者会議実施後、④介護予防・支援計画書（確定：署名の入ったもの）写し、⑤サービス担当者会議録の写しを提出。照会の場合は照会の写しを提出。

※加算に係る書類の提出は不要。担当ケアマネジャーの方で管理しておく。

5. 介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）の記入について

①「NO.」欄

被保険者番号を記入する。

②「利用者名」欄

該当利用者名を記載する。

③「認定年月日」欄

該当利用者の要介護認定の結果を受けた日を記載する。

④「基本チェックリスト実施日」欄

基本チェックリストを実施した日を記載する。※事業対象者のみ

⑤「認定の有効期間」欄

要介護認定期間を記載する。

⑥「初回・紹介・継続」欄

【初回】はじめて総合事業サービス及び予防給付を受ける場合。

【紹介】当初、総合事業サービスを受けていたが、予防給付サービスを受けることになった場合。またその逆で、予防給付を受けていたが、総合事業サービスを受けることになった場合。

地域包括支援センターが担当していたケースの紹介を受けた場合。

委託先の居宅介護支援事業所が変更となった場合。

【継続】総合事業サービスを受けており、今後も総合事業サービスを受ける予定、あるいは予防給付を受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合。

⑦「認定済・申請中」欄

認定が出ている場合には「認定済」に○印をつける。「区分変更申請中」、「更新申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期限を超えている場合」は、「申請中」に○印をつける。

⑧「要支援1・要支援2」欄

該当する認定区分に○印をつける。

⑨「事業対象者」欄

基本チェックリストで「事業対象者」となり、介護予防ケアマネジメントを受ける者が該当。

⑩「計画作成者氏名」欄

介護予防ケアプラン作成者の氏名を記載する。

⑪「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」欄

委託の場合は、事業者名と所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑫「計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日）」欄

計画を作成した日を記載する。また、あわせて初回作成日を記載する。

⑬「担当地域包括支援センター」欄

介護予防支援事業および介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

⑭「目標とする生活」欄

【1日】

大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や生活機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、さまざまな目標が設定される場合もあり得る。

※本人、家族からアセスメントし、実行可能な目標設定がしやすいもの。

例) ラジオ体操を行う。15分程度の散歩を行う。食事の献立を考える 等

【1年】

利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。

⑮「アセスメント領域と現在の状況」欄

○「運動・移動について」

自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して移動できるか。
乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、交通機関を用いる等ができているか。
環境・動作毎の福祉用具の活用状況も確認。

○「日常生活（家庭生活）について」

家事（買い物・調理・清掃・洗濯・ごみ捨て等）や住居・経済の管理（預貯金の出し入れ）、花木やペットの世話等を行っているか。

○「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。家族、近隣の人との人間関係が保たれているか。
仕事やボランティア活動、趣味の活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無等の内容や程度。

○「健康管理について」

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか、飲酒・喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われること。
食事・水分摂取、排泄の状況は、回数や量などを具体的に確認。

⑯「本人・家族の意欲・意向」欄

各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。

例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

⑰「領域における課題（背景・原因）」欄

各領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を記載する。

⑱「総合的課題」欄

利用者の生活全体の課題を探すため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出して記載する。

⑱「課題に対する目的と具体策の提案」欄

「総合的課題」に対して、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案（目標と具体策）を記載、目標は評価可能で具体的なものとする。

具体的な支援やサービスは、介護保険サービスだけでなく、セルフケア、家族の支援、民間サービスやインフォーマルサービス等の活用についても記載

⑳「具体策についての意向 本人・家族」欄

課題に対する目的と具体策の提案に対する利用者や家族の意向を確認して記載、専門的視点からの提案と、利用者の意向の相違点を確認

㉑「目標」欄

利用者と家族・計画作成者の三者が合意した目標、「課題に対する目標と具体策の提案」で提案した目標がそのまま合意された場合は、「同左」「提案どおり」と記載しても可

㉒「目的についての支援のポイント」欄

目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入

㉓「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」欄

本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が何をするのか具体的に記載する。

㉔「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）」欄

予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等を含めた地域支援事業のサービスを記載

㉕「サービス種別」欄

民間サービス、介護保険サービス、または、地域支援事業の支援内容に適したサービス種別等を記載。

※曜日変更等軽微な変更については、支援経過記録に残す。

※ケアプラン内に回数、曜日を記入については、任意とする。ケアプラン内に記載した場合で、変更があった際や、ケアプラン内に回数、曜日を記載しない場合は、サービス担当者会議録や支援経過記録に残す。

㉖「事業所（利用先）」欄

サービス種別及び当該サービスを提供する事業所名を記載

⑳ 「期間」欄

介護予防サービス・支援計画表については、最長で認定有効期間以内とし、目標が達成可能な期間とする。(本人、家族、サービス関係者等の合意がなされていることを確認し期間を定める。) チェックリストによる事業対象者については、6か月以内で期間の定めをする。
※期間内でのモニタリングはしっかりと実施をする。

㉑ 「健康状態について 口主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点」欄

(要支援認定者の場合) 主治医意見書や、(事業対象者の場合) 利用者基本情報やアセスメントシート等より、健康状態について留意すべき点を記載

㉒ 「本来行うべき支援が実施できない場合」欄

妥当な支援の実施に向けた方針

㉓ 「総合的な方針(生活不活発病の改善・予防のポイント)」欄

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や、特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点等を記載

㉔ 「基本チェックリストの[該当した項目数]/[質問数]を記入してください。地域支援事業の場合は、必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい」欄

地域支援事業の場合でなくても、機能低下がみられる項目については、○印をつける。
※参考を参照。

㉕ 「地域包括支援センター※委託の場合」欄

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから委託を受けて行う場合のみ使用。

地域包括支援センターの確認後、利用者に最終的なサービス原案を説明する。

※担当包括のコメントは原則記載なし。(必要時は、コメント記載)

確認日、センター名、センター確認者名の記載

→例) ●年●月●日 野田市●●地域包括支援センター 確認者●●

㉖ 「計画に関する同意」

介護予防サービス計画原案の内容を当該利用者・家族に説明を行ったうえで、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。※押印不要。

6. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表の記入について

①「利用者名」欄

該当利用者名を記載する。

②「評価日」欄

当該介護予防サービス・事業評価を行った日を記載する。

③「計画作成者氏名」欄

担当者の氏名を記載する。

④「目標」欄

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標と一致させる。

⑤「評価期間」欄

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

⑥「目標達成状況」欄

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。

⑦「目標 達成／未達成」欄

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付ける。

△で評価した際は、評価した理由を記載。

⑧「目標に達成しない原因（本人・家族の意見）」欄

何故、目標が達成されなかったのか、当該利用者・家族の認識を確認し、記載する。

⑨「目標に達成しない原因（計画作成者の評価）」欄

目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認したうえで、原因を記載する。

⑩「今後の方針」欄

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

⑪「総合的な方針」欄

利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な方向性について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫「介護予防支援事業者意見」欄

介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし記載。プラン確認した地域包括支援センター職員は、意見、確認日、センター名、確認者氏名を記載。

※担当包括のコメントは原則記載なし。(必要時は、コメント記載)

確認日、センター名、センター確認者名の記載

→例) ●年●月●日 野田市●●地域包括支援センター 確認者●●

⑬「プラン継続・プラン変更・終了」欄

今後の方針が決定したら、介護予防ケアプラン作成者が、「プラン継続／プラン変更／終了」に■印を付ける。

サービスに変更がなくても、基本的には新しい目標が設定されるため、「□プラン変更」とする。

※サービスに変更がない場合においても、目標達成可能な目標設定を行い、その都度、評価を実施していく。

⑭「介護給付、予防給付、介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）、一般介護予防事業、終了」欄

今後の方針として該当するものに■印をつける。

- ・要介護認定のため、介護予防から要介護へ移行する場合→介護給付
- ・介護予防サービス→予防給付
- ・総合事業→介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）※総合事業のみ
- ・サービス終了→終了

※評価にて終了したケースについて

翌月以降再度サービス利用希望があり、ケアプラン作成が必要となった際は、原則認定有効期間内であれば、再契約は不要。

7. 介護予防サービス・支援計画の期間延長についての取り扱い、その他

1. 介護予防サービス・支援計画表については、期間を最長で認定有効期間以内とし、目標が達成可能な期間とする。チェックリストによる事業対象者は、原則6か月以内とする。
(本人、家族、サービス関係者の合意がなされていることを確認し期間を定める。)
2. サービスの提供開始月から起算して国の基準をめやすに利用者宅を訪問し、計画等の実施状況を確認する。訪問しない月は、利用者の状況を電話等で把握する。また、必要に応じ介護予防サービス計画等の変更を行う。モニタリングを実施した内容は、支援経過記録へ記載する。
3. 本人宅を訪問しない月については、可能な限り通所サービス事業所を訪問する等の方法により、利用者と面会をするように努めるとともに、面会できない場合は、電話等により利用者とのモニタリングを実施し、支援経過記録へ記載する。
4. 評価期間については、原則、介護予防サービス・支援計画表に位置づけた期間が終了する前とするが、国の基準をめやすにモニタリングを実施し、支援経過記録へ記載したうえで、モニタリング時、利用者の状態が変化し、介護予防サービス・支援計画表の見直しが必要と判断した場合には、評価を実施し、新たに介護予防サービス・支援計画表を作成する。
5. 介護予防サービス・支援計画の目標期間中であっても、変更を行う場合には、原則、サービス担当者会議を行う。
ただし、やむを得ない事情があるときには、文章等での照会も可能とする。
6. サービス担当者会議の開催時期については、①介護予防サービス・支援計画表作成時、②要支援更新認定を受けた時、③暫定で介護予防サービス計画に基づきサービス利用開始する前、その他必要に応じて開催とする。
7. 利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書(ケアプラン)・利用票の押印は不要。
※利用者基本情報は、契約時に個人情報が必要な範囲で第三者に提供することについての合意を得ている場合は、利用者基本情報に同意を得る必要はない。
押印不要であるが、本人や家族へ説明し同意を得たことは支援経過記録に残すこと。

第4章

基本チェックリストの考え方

1 基本チェックリスト実施の際の注意事項

(1) 基本チェックリストの実施方法

原則として、本人が担当地区の地域包括支援センターに来所し、基本チェックリスト実施申込書の記入、個人情報保護についての同意署名を行う。

本人が来所できず、電話受付により担当地区の地域包括支援センターが申込書を記入する場合には、個人情報保護については同意を得たことのみを記載しておき、基本チェックリスト実施時に、同意についての自署をしてもらう。

基本チェックリストは、直接面接をしながら本人が記入する。ただし、本人が記入できない場合には、聴き取りにより、地域包括支援センター職員が記入する。

また、やむを得ない事情により、直接面接ができない場合は、個別協議により対応する。

基本チェックリストの設問は、原則「している」か、「していない」かの「行為」を尋ねる形式となっており、普段の本人の行動について、ありのままを回答することが重要である。

面接者は、本人が記載した基本チェックリストを基に、各項目について、回答の確認をし、「能力（できる・できない）」と「行為（している・していない）」の確認を行うようにする。

例) 廃用性ケースの場合

「能力」はあるが「行為」を行っていないことが多いため、介護予防の視点では、「行為」として行っているかどうかの確認が重要である。

(2) 該当する基準

基準	状態
① No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	生活機能全般の低下
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

※①～⑦の基準に 1 つ以上あてはまれば、サービス事業対象者に該当となります。

(3) 基本チェックリストについての考え方

① 共通事項

- 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。
- 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。

② 個別事項

		質問項目	質問項目の趣旨
日常生活動作	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。

運動器の機能	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。
低栄養状態	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ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
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	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	口の渇きが気になりますか	口の中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。
閉じこもり	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。

認知症	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	本人は物忘れがあると思っけていても、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。
うつ	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	