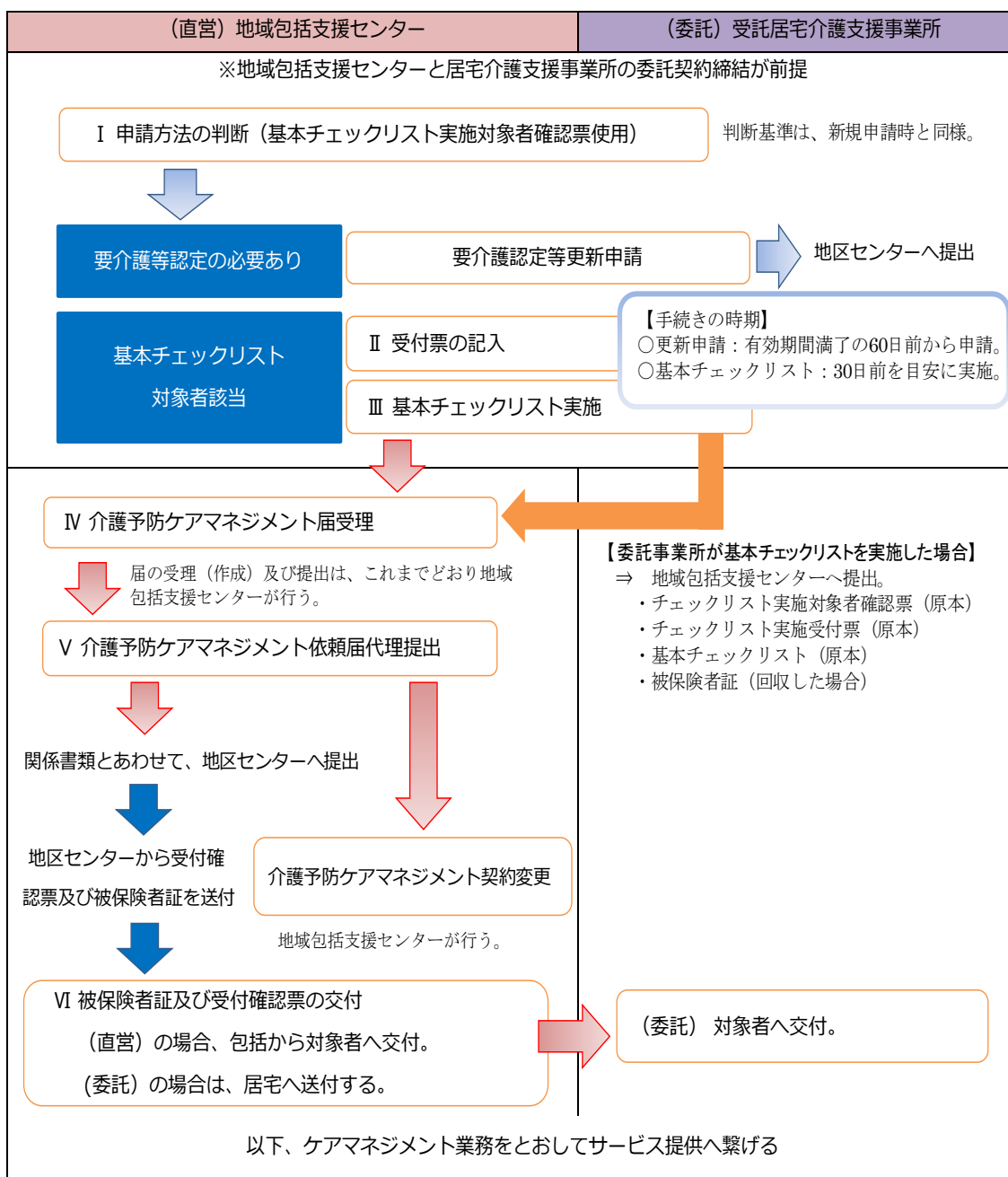


## 既サービス利用者の基本チェックリスト活用フロー

既サービス利用者の基本チェックリスト活用の判断にあたっては、地域包括支援センター及び委託を受けた指定居宅介護支援事業所が行うこととし、「Ⅰ申請方法の判断」～「Ⅲ基本チェックリスト実施」までは共通の流れとなります。

その後は、介護予防ケアマネジメントの実施主体として、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント届の代理作成・提出など地区保健福祉センターへの事務手続きを行う。



# 既サービス利用者の基本チェックリスト活用時の事務手続き

## I 申請方法の判断

既サービス利用者（要支援者）の要支援認定更新時期（60日前）に、本人の状態像、サービス利用状況や今後の利用見込みを勘案し、基本チェックリスト実施可能と判断される場合には、利用者に対して基本チェックリストの説明、活用を検討します。

判断の際には、「基本チェックリスト実施対象者確認票」を使用します。

### 1 手続き時期の目安

- (1) 要支援認定更新申請                      60日前から
- (2) 基本チェックリスト実施時期        30日前から

### 2 スクリーニングの視点

基本チェックリスト実施対象者確認票を使用し、要介護要支援認定の必要性を確認するという視点に立って実施します。

仮に、要介護要支援認定申請が必要な方に、基本チェックリストを実施した場合、利用者の状態像に応じたサービス提供ができないため、追って要介護要支援認定申請を行うこととなりますが、サービス提供が遅れるなどの不利益を与えてしまうこととなります。

・希望するサービス	利用者の希望（・服薬や病気の管理のために、訪問看護サービスを希望。・家族の介護力の問題で、長時間の預かりを希望。）や医師からの指示などを考慮する。
・身体介助の必要性	・歩行、着替え、食事、入浴、食事等への介助が必要（行われている）か。
・補助用具の必要性	・福祉用具の貸与・購入、住宅改修の見込みがあるか。 ・相談時点で、既に利用しているか。

### 3 基本チェックリスト実施対象者確認票の記載方法

- (1) 当該確認票は、要介護・要支援認定の必要性を判断する際に、ケアマネジャーが使用するものであり、決して相談者に記載させないこと。
- (2) 基本チェックリスト活用可否の判断に使用するものであり、その結果をもって要介護要支援認定申請を妨げるものではないことに留意すること。

## 《 記載例 基本チェックリスト実施対象者確認票 》

		(1) 記入年月日 平成29年1月1日		
(2) 氏名	梅本 タロウ ( 88 歳)			
(3) 認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護			
※以下の3～11のひどつでも「はい」に該当する場合、要介護・要支援認定が必要です。(6)				
項目	確認事項	はい	いいえ	
希望するサービス	1 訪問型サービスを利用したい。 備考（希望する支援の内容など） 買い物の支援を受けたい (4)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2 通所型サービスを利用したい。 備考（希望する支援の内容など）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	保険給付のサービスを利用したい。 ① 福祉用具貸与・購入 ② 短期入所 ③ 通所リハビリ ④ 訪問入浴 ⑤ 訪問看護 ⑥ 住宅改修 ⑦ その他 ( ) (5)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4 施設等への入所を希望している。(例：GH、特養、老健)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	5 病気や怪我で入院中（又は療養中）であり、主治医に要介護・要支援認定申請を勧められた。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
本人の状態	6 年齢が64歳以下である。(第2号被保険者は要介護・要支援認定申請を行う)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	7 杖や歩行器を使っても一人で歩行ができない。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	8 着替え・食事・入浴が一人で出来ない。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	9 排泄に手助けが必要である。 (例：ズボン・パンツの上げ下げができない。排泄直後の間トイレ周りの掃除が必要。)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	10 認知症の悪化により日常生活に支障がある。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	11 寝たきりである	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
対応者	所属	(7)	氏名	

### 適用

- (1)記入年月日、  
(2)氏名、  
(3)認定状況を  
職員等が記載する。
- (4)具体的な希望があれば、  
支援内容を記載。
- (5)具体的な希望があれば、  
サービスに○をつける。
- (6) 確認事項には、チェック漏れを防止するため、必ず「いいえ」欄も記載すること。
- (7) 対応した者の、所属及び氏名を記載すること。

### 《留意事項》

#### 【末期がんの申告があった場合の判断】

確認票には末期がんを尋ねる項目はありませんが、面接中に「末期がん」であるとの申告があった場合には、要介護・要支援認定が必要と判断してください。

#### 【確認票の作成について】

聴き取りの途中で、要介護・要支援認定の必要性が認められた場合は作成する必要なし。  
基本チェックリストを実施する場合のみ作成してください。

#### 【基本チェックリスト実施対象者確認票の「対応者」欄】

実際に対応した者（地域包括支援センター職員又は担当ケアマネジャー）所属・氏名を記載してください。

## 4 手続き方法の説明

① 要介護・要支援認定の必要性がある場合 (保険給付を利用する場合、2号被保険者)	要介護・要支援認定申請
② 要介護・要支援認定の必要性がない場合 (総合事業のサービスのみを希望する場合)	基本チェックリスト (又は認定申請)

### (1) 要介護・要支援認定の必要性がある場合（上記①）

従来の流れと同様となります。

### (2) 要介護・要支援認定の必要性がない場合（上記②）

基本チェックリストの説明を行う。

- ① 要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であること
- ② 事業対象者となった後や、介護予防・生活支援サービス事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能であること

---

### 《留意事項》

#### 【第2号被保険者への対応】

2号被保険者は、特定疾病の確認が必須なため、要介護・要支援認定申請を行い主治医意見書の確認が必要になるため、基本チェックリストを活用できない。

#### 【基本チェックリストの活用が出来ない場合】

本人が基本チェックリストの実施を希望しても、状態像に応じたサービス提供が必要となるため、「基本チェックリスト実施対象者確認票」により要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、要介護認定申請を勧めてください。

#### 【基本チェックリスト実施における本人同意】

基本チェックリストは、必ず本人の同意をうえ実施してください。

利用サービスや状態像がチェックリスト対象者に該当しても、本人の意思に反して、「要支援認定申請を妨げる」ようなことがないよう留意してください。

---

## II 基本チェックリスト実施受付票の作成 ～ III 基本チェックリストの実施

基本チェックリスト実施受付票と基本チェックリストは、両面印刷で作成し、表面を受付票、裏面を基本チェックリストとしています。このため、受付票の作成と基本チェックリストの実施の手続きについては、一体的に行います。

基本チェックリスト実施時（30日前）に、併せて「基本チェックリスト実施受付票」も記載してください。

### 1 基本チェックリスト実施受付票「項目1～2」の記載

基本チェックリストの実施にあたり、まずは、基本チェックリスト実施受付票の「1 被保険者記入欄」「同意欄」の記載を行います。

#### 《 記載例 基本チェックリスト実施受付票1～2まで 》

1 被保険者記入欄 (1)		適用	
被保険者番号	0 0 0 7 7 7 7 7 7 7	記入日	平成29年1月1日
ふりがな 氏 名	うめもと たろう 梅本 太郎 (男・女)	生年月日	明治・大正・昭和 20年6月19日(72歳)
住 所	〒970-8686 平字梅本21	電話番号	22-1111
記入者 (本人以外)	うめもと たろう 梅本 花子	記入者連絡先	22-1202
連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 記入者 <input type="checkbox"/> その他 ( TEL )		
2 同意欄 (2)		適用	
(1) 基本チェックリストの実施について 介護予防・日常生活支援サービス事業の利用にあたり、基本チェックリストを実施することに同意します。			
(2) 個人情報の取り扱いについて 地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施するにあたり、被保険者本人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等の内容を、居宅介護支援事業所、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。			
(3) 平成29年1月1日 本人氏名 梅本 太郎 (代理人氏名) 梅本 花子 (本人との関係 長女 )			

(1)被保険者情報を相談者に記載してもらいます。  
(職員の代筆も可)

(2)同意欄については、「基本チェックリストの実施について」、「個人情報の取扱いについて」説明のうえ、同意を得てください。

(3)署名は、本人又は代理人に記載してもらってください。  
(職員の代筆不可)

### 2 基本チェックリストの実施

質問項目の趣旨を説明しながら本人等から聴き取り、職員が記載する。

詳しくは、「基本チェックリスト実施マニュアル」に基づき実施してください。

## 《 基本チェックリスト見本 》

被保険者氏名

生年月日 M・T・S 年 月 日

記入日 平成 年 月 日 ( )

No.		被保険者氏名、 生年月日、 記載日は、 職員が記載してかまいま せん。	回答 (いずれかに ○をお付けください)		
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	
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	
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 = <input type="text"/> cm 体重 = <input type="text"/> .. (BMI = <input type="text"/> )				
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	
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	
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	
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	

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

### 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)

### 3 基本チェックリスト実施受付票「項目3～4」の記載

「3 基本チェックリスト実施結果」「4 介護予防ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター」及び「収受欄」を記載します。

※「収受欄」は、地域包括支援センターが使用しますので、委託を受けた指定居宅介護支援事業所は記載しないこと。

#### 《 記載例 基本チェックリスト実施受付票3～4まで 》

3 基本チェックリスト実施結果

複数の項目	運動機能	栄養状態	口腔機能	閉じこもり	認知機能	うつの可能性
	○		○			

(1)

4 介護予防ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター

(2)	名 称	電話番号
<input checked="" type="checkbox"/>	平地域包括支援センター	22-1174
<input type="checkbox"/>	小名浜地域包括支援センター	53-4760
<input type="checkbox"/>	勿来・田地域包括支援センター	63-2140
<input type="checkbox"/>	常磐・遠野地域包括支援センター	43-2151
<input type="checkbox"/>	内郷・好間・三和地域包括支援センター	27-8660
<input type="checkbox"/>	四倉・久之浜大久地域包括支援センター	32-2115
<input type="checkbox"/>	小川・川前地域包括支援センター	83-1411

収受欄

(受理した地区センター又は地域包括支援センターが押印)

(3)

受付者 佐藤

※収受後、写しを交付すること。

適 用

(1)基本チェックリストの該当項目に○を記載する。複数記載も可。

(2)担当の包括支援センターにを入れる。

(3)包括支援センターの収受印、受付者の署名。

#### 《留意事項》

##### 【更新時期に合わせた基本チェックリスト実施時期の目安】

基本チェックリストの記入については、要支援認定の有効期間が満了した後も切れ目なくサービスを利用することができるよう、有効期間満了前に実施し、介護予防ケアマネジメントに円滑につながるよう配慮することが適切です。特に規定は設けていませんが、要支援認定の有効期間が終了する前の概ね1か月前程度（30日前）が適当です。

- (1) 要支援認定更新申請                      60日前から
- (2) 基本チェックリスト実施時期        30日前から

##### 【受付票の交付】

窓口来所時については、その場で受付確認票として「受付票及びチェックリストの写し」を交付しますが、更新時の対応については、主に利用者宅へ訪問による対応となると想定されるため、訪問により受理してきた場合には、後日被保険者証と併せて地域包括支援センター経由で交付することとします。



---

#### 【受付票の收受及び受付者について】

(1) 直営の場合

地域包括支援センターの收受印を押し、担当者氏名を記載してください。

(2) 委託の場合

担当ケアマネジャーが実施し、地域包括支援センターへ持参する流れですが、この場合の「收受欄」及び「受付者」については、地域包括支援センターの收受日で日付印を押し、受付者は対応した包括職員の氏名を記載してください。

---

#### 4 居宅介護支援事業所が基本チェックリストを実施した場合の提出先

委託している居宅介護支援事業所が基本チェックリストを実施した場合は、関係書類の原本を地域包括支援センターへ提出してください。

- (1) チェックリスト実施対象者確認票（原本）
- (2) チェックリスト実施受付票（原本）
- (3) 基本チェックリスト（原本）
- (4) 被保険者証（回収した場合）

---

### IV 介護予防ケアマネジメント届受理

既サービス利用者で、訪問型・通所型サービスのみを利用している方については、既に介護予防サービス計画作成依頼の提出を受けていますが、事業の枠組みが変わるため、介護予防ケアマネジメント依頼届の提出を求める必要があります。

介護予防ケアマネジメント依頼届を代理作成・提出を可としますが、当該事務については、これまでどおり地域包括支援センターが行うこととし、委託を受けた居宅介護支援事業所は行いません。

---

### VI 被保険者証及び受付確認票の交付

地域包括支援センターが直接プラン作成を実施している場合は、地区保健福祉センターから送付された被保険者証及び受付確認票を包括支援センターから対象者へ交付します。

また、委託の場合は、包括支援センターから居宅介護支援事業所へ送付し、居宅介護支援事業所から対象者へ交付します。



---

---

## 《留意事項》

### 【新規時の基本チェックリスト活用開始時期】

既サービス利用者が基本チェックリストを活用する場合、平成28年12月からの活用が可能となりますが、新規で実施する場合は、平成29年1月1日以降（総合事業開始後）となりますので御留意ください。

仮に、平成28年12月末日までに生活支援の相談があり、サービス利用の希望があった場合は、要介護・要支援認定申請を受けていただくこととなります。なお、1月1日以降に再来所いただけるのであれば、基本チェックリストを活用することが可能です。

### 【届出の様式】

総合事業のみ利用の場合は、護予防ケアマネジメント依頼届を、予防給付を併用する場合は介護予防サービス計画作成依頼届を提出することになるが、様式は併用可能なものとして整理している。

このため、一度提出すれば両方のプラン作成に対応可能となります。

### 【介護予防ケアマネジメントの提出期限】

要支援認定有効期間の最終日までに、チェックリスト及びケアマネジメント届を提出する必要があります。そうしない場合、事業対象者と記載のある被保険者証を交付できなくなります。

### 【既サービス利用者（要支援者）が事業対象者となった場合の被保険者証の発行について】

基本チェックリストの記載及び提出が有効期間満了前となるが、被保険者証の「認定年月日」は「基本チェックリストの記入日」ではなく、「満了日の翌日」として被保険者証を発行する。

また、従前の被保険者証を回収した場合でも、包括支援センターで写しを保管してあるため、資格者証は交付しません。

---

---

