

聖籠町告示第31号

聖籠町高齢者フレイル対策事業実施要綱を次のように定める。

令和2年3月26日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町高齢者フレイル対策事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、加齢に伴い運動機能や認知機能など心身の活力が低下している状態と認められる高齢者に対し、通所によって、その身体状態に応じた運動指導及び健康教育等を行うことにより、生活機能の維持向上を図り、もって高齢者の心身の健康保持及び増進に資することを目的とする。

(定義)

第2条 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号の定めるところによる。

(1) フレイル 加齢に伴い運動機能や認知機能など心身の活力が低下している状態で、健康な状態と要介護状態の中間の状態をいう。

(2) 高齢者 おおむね65歳以上であり、かつ、フレイル対策が必要と認められる者をいう。

(対象者)

第3条 対象者は、聖籠町に住所を有する高齢者とする。

(実施場所)

第4条 実施場所は、聖籠町が条例により設置する公共施設とする。

(実施日及び実施時間)

第5条 実施日及び実施時間は、前条に規定する施設の運営に支障のない範囲において、町長が別に定める。

(実施内容)

第6条 実施内容は、次の各号に掲げるもののうち必要と認められるものとする。

(1) 送迎

- (2) 健康チェック
 - (3) 運動機器等を使用した運動指導
 - (4) フレイルの予防に資する健康教育
 - (5) その他目的達成に必要な活動
- (利用料)

第7条 利用料は、次の各号の定めるところによる。

- (1) 75歳以上 無料
 - (2) 75歳未満 1回につき100円
- (利用の申込及び決定)

第8条 事業を利用しようとする者（以下「申込者」という。）は、聖籠町高齢者フレイル対策事業利用申込書（様式第1号）に基本チェックリスト（様式第2号）を添付して、町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定による申込みがあったときは、当該申込みに係る基本チェックリストを別表に掲げる基準に照らして審査した上、利用の可否について決定し、聖籠町高齢者フレイル対策事業利用承認（不承認）決定通知書（様式第3号）により当該申込者に通知するものとする。

(利用の停止又は取り消し)

第9条 町長は、前条の規定により利用の承認を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、利用の停止又は取り消しをすることができる。

- (1) 伝染性疾患に罹患した者
- (2) 疾病又は負傷のため入院治療が必要と認められる者
- (3) 介護サービスを受けることが適切であると認められる者
- (4) その他町長が適当でないと認めた者

(委任)

第10条 この告示に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

別表（第 8 条関係）

① 様式第 1 号の基本チェックリストに規定する質問項目(以下この表において「質問項目」という。)No.1 から 20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 質問項目 No.6 から 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③ 質問項目 No.11 から 12 までの 2 項目の全てに該当
④ 質問項目 No.13 から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤ 質問項目 No.16 に該当
⑥ 質問項目 No.18 から 20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦ 質問項目 No.21 から 25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

様式第 1 号（第 8 条関係）

年 月 日

聖籠町長 様

(申込者) 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 電 話 _____

聖籠町高齢者フレイル対策事業利用申込書

聖籠町高齢者フレイル対策事業実施要綱第 8 条の規定に基づき、次のとおり
 申し込みます。

対象者	住 所					
	氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	性 別	男・女	電 話			申込者との 続柄
	介護認定 等の状況	1 認定申請していない 2 認定申請した [自立・要支援 ()・要介護 ()・事業対象者]				
家族 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	緊急時の連絡先	
添付資料		基本チェックリスト				

様式第2号（第8条関係）

基本チェックリスト

被保険者番号		記入日	年	月	日
ふりがな		生年月日	年	月	日
氏名					
住所	聖籠町大字	電話番号			

区分	No.	質問項目 (右の回答欄のいずれかに○をつけてください)	回答		集計
暮らし	1	バスや電車で一人で外出していますか (自分で車を運転して外出している場合も含みます)	0. はい	1. いいえ	20 No.1~ No.20で 10点 以上
	2	日用品の買い物をしていますか (買い物に出かけて、必要なものを買うことができますか)	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親族など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 (電話による相談も含みます)	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 (時々つたわる程度であれば「はい」を選択)	0. はい	1. いいえ	5 3点 以上
	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 (時々つかまる程度であれば「はい」を選択)	0. はい	1. いいえ	
	8	15分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 (実際に転んだ経験があるかどうか)	1. はい	0. いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか (ご自身の感じ方をお答えください)	1. はい	0. いいえ	
栄養	11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか (6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」を選択)	1. はい	0. いいえ	2 2点
	12	BMI (※) は18.5以上ですか 体重 () kg ÷ 身長 () m ÷ 身長 () m = BMI ()	0. はい	1. いいえ	

歯・口	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 2点 以上
	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	
外出	16	週1回以上は外出していますか (過去1ヶ月の状況の平均でお答えください)	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	
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 (周りの人に言われない場合は「いいえ」を選択)	1. はい	0. いいえ	3 1点 以上
	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 (誰かに手伝ってもらい電話をかける場合は「いいえ」を選択)	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」を選択)	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	5 2点 以上
	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	
任意項目	26	お住まいの形態を一つ選んでください	一人暮らし	夫婦二人暮らし	その他
	27	ここ1年のうちに健康診断を受けましたか	はい	いいえ	
	28	定期的に通院している病院はありますか	はい 病院名()	いいえ	
	29	生きがいづくり・仲間づくりのために何か集まりに参加していますか(ボランティア、地域の茶の間、老人クラブ等)	はい 参加内容()	いいえ	
	30	健康づくりのためにしていることはありますか	はい 取組内容()	いいえ	
備考					
同意欄	<p>介護予防ケアマネジメントに活用するため、このチェックリストの結果を、町、総合事業における指定サービス事業者等の関係する機関に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>				

様式第3号（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

聖籠町長

聖籠町高齢者フレイル対策事業利用承認（不承認）決定通知書

年 月 日付の申込のあった高齢者フレイル対策事業の利用について、下記のとおり承認（不承認）いたしますので通知します。

対象者	住 所			
	氏 名		性 別	
	生年月日	年 月 日 （ 歳）		
利用開始日				
不承認の場合の理由				

注) 利用期間中、次に掲げる事項に該当したときは、速やかに聖籠町地域包括支援センターに連絡してください。

- 1 伝染性疾患に罹患した場合
- 2 疾病又は負傷のため入院治療が必要となった場合
- 3 諸般の事情で利用予定日に利用ができなくなった場合