

聖籠町告示第37号

聖籠町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱を次のように定める。

令和元年9月30日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)の実施に関し、法、介護保険法施行令(平成10年政令第412号。以下「政令」という。)及び介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において使用する用語の意義は、法、政令、省令、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針(平成27年厚生労働省告示第196号)及び地域支援事業実施要綱(平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知別紙)の例による。

(事業の内容)

第3条 町長は、総合事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(以下「第1号事業」という。)のうち、次に掲げる事業

ア 訪問型サービス

(ア) 介護予防訪問介護相当サービス

(イ) 訪問型サービスA

イ 通所型サービス

(ア) 介護予防通所介護相当サービス

(イ) 通所型サービスA

ウ 介護予防ケアマネジメント

- (2) 一般介護予防事業
 - ア 介護予防把握事業
 - イ 介護予防普及啓発事業
 - ウ 地域介護予防活動支援事業
 - エ 一般介護予防事業評価事業
 - オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(総合事業の実施方法)

第4条 第1号事業のうち次に掲げる事業は、法第115条の45の3第1項の規定に基づき町長が指定する者（以下「指定事業者」という。）により実施する。

- (1) 介護予防訪問介護相当サービス
- (2) 訪問型サービスA
- (3) 介護予防通所介護相当サービス
- (4) 通所型サービスA

2 町長は、前項各号に規定する事業以外の総合事業については、法第115条の47第4項の規定に基づき適切に事業を実施できると認める者に委託して実施することができる。

(第1号事業の利用対象者)

第5条 第1号事業を利用することができる者（以下「居宅要支援被保険者等」という。）は、次のいずれかに該当する者とする。

- (1) 省令第140条の62の4第1号に規定する居宅要支援被保険者
- (2) 省令第140条の62の4第2号に規定する第1号被保険者（以下「事業対象者」という。）

(事業対象者の判定)

第6条 事業対象者の判定は、省令第140条の62の4第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第197号）に基づき定める基本チェックリスト（様式第1号）を用いて行うものとする。

(事業対象者の認定手続き)

第7条 事業対象者の認定を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、基本チェックリストに介護保険被保険者証を添えて、町長に提出しなければならない。

2 町長は、基本チェックリストの質問項目に対する回答を別表1に掲げる基準に照らし、認定の可否について決定し、申請者に総合事業対象者判定通知書（様式第2号）により通知するものとする。

（第1号事業の利用手続き）

第8条 居宅要支援被保険者等が第1号事業を利用しようとするときは、介護予防ケアマネジメント依頼届出書（様式第3号）を町長に提出しなければならない。ただし、居宅要支援被保険者であって、法第8条の2第16項に規定する介護予防支援を受けている者は、この限りではない。

（指定事業者による第1号事業の実施）

第9条 指定事業者の指定等に関し必要な事項は、町長が別に定める。

（第1号事業に要する費用の額）

第10条 指定事業者が行う第1号事業（以下「指定第1号事業」という。）に要する費用の額の算定に関する基準は、町長が別に定める。

（第1号事業支給費に係る支給限度額）

第11条 居宅要支援被保険者が指定第1号事業を利用する場合の第1号事業支給費の支給限度額は、法第55条第1項の規定の例により算出した額とする。

2 事業対象者が指定第1号事業を利用する場合の第1号事業支給費の支給限度額は、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額（平成12年厚生省告示第33号）第2号イに規定する単位数により算出した額とする。

3 居宅要支援被保険者が指定第1号事業及び介護予防サービス等（介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスをいう。以下この条において同じ。）を利用するときは、指定第1号事業の支給額及び介護予防サービス等の支給額の合計額は、第1項の支給限度額を超えることができない。

(高額介護予防サービス費等相当事業)

第12条 町長は、高額介護予防サービス費相当事業及び高額医療合算介護予防サービス費相当事業（以下「高額介護予防サービス費等相当事業」という。）を実施するものとする。

2 高額介護予防サービス費等相当事業における支給要件、支給額その他の高額介護予防サービス費等相当事業に関して必要な事項は、法第61条及び第61条の2の規定を準用する。

(指導及び監査)

第13条 町長は、総合事業の適切かつ有効な実施のため、指定事業者に対して、指導及び監査を行うことができる。

(委任)

第14条 この告示に定めるもののほか、総合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、令和元年10月1日から施行する。

別表 1 (第 7 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

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
	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	2 2点

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されますか (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	
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2号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

聖籠町長

総合事業対象者判定通知書

次のとおり、総合事業対象者の判定結果が出ましたので通知します。

被保険者番号	
被保険者氏名	

基本チェックリスト実施日	年 月 日
判定結果	
判定理由	

様式第3号（第8条関係）

介護予防ケアマネジメント依頼届出書

被保険者氏名				被保険者番号			
フリガナ							
				生年月日		性別	
				年	月	日	男・女
介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター							
地域包括支援センター名及び 事業者番号				地域包括センターの所在地			
<p>聖籠町長 様</p> <p>上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者 住所</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>電話番号 ()</p>							
備考							