

泉大津市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の4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、法及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」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 この要綱において使用する用語の意義は、法、施行規則、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）、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「地域支援事業の実施について」別紙）及び介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて（平成27年6月5日老発0605第5号厚生労働省老健局長通知）で使用する用語の例による。

(事業の目的)

第3条 総合事業の目的は、次に掲げるところによる。

- (1) 要支援認定を受けた被保険者のうち居宅において支援を受けるもの（以下「居宅要支援被保険者」という。）等に対して、要介護状態等になることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び自立した日常生活の支援を実施することにより、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援すること。
- (2) 高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域の構築や介護予防を推進すること。

(事業の内容)

第4条 市長は、総合事業として、次に掲げるサービス又は事業を実施するものとする。

- (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。）

ア 指定訪問型サービス（第1号訪問事業）

（ア） 指定訪問介護相当サービス

指定事業者による旧介護予防訪問介護に相当するサービス

（イ） 指定訪問型サービスA

指定事業者による旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス

（ウ） 訪問型サービスC

市又は委託事業者が実施し、保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス

イ 指定通所型サービス（第1号通所事業）

（ア） 指定通所介護相当サービス

指定事業者による旧介護予防通所介護に相当するサービス

（イ） 通所型サービスA

委託事業者による泉大津市独自基準によるサービス

（ウ） 通所型サービスC

市又は委託事業者が実施し、保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス

ウ 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

（ア） 介護予防ケアマネジメントA

地域包括支援センターによる介護予防支援と同様のケアマネジメント

（イ） 介護予防ケアマネジメントC

地域包括支援センターによる基本的にサービス利用開始時のみに行うケアマネジメント

(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

(第1号事業の対象者)

第5条 第1号事業の対象者は、次の各号のいずれかに該当する被保険者とする。

(1) 居宅要支援被保険者

(2) 第1号被保険者のうち施行規則第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）に定める基本チェックリスト（様式第1号裏面。以下「基本チェックリスト」という。）によって該当すると認められた介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下「事業対象者」という。）

（一般介護予防事業の対象者）

第6条 一般介護予防事業の対象者は、全ての第1号被保険者及びその支援のための活動に関わる者とする。

（事業対象者要件の確認）

第7条 第1号事業を受けようとする第1号被保険者は、泉大津市に介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定（終了）申請書（様式第1号。以下「認定（終了）申請書」という。）を提出するものとする。

2 前項により提出があったとき、泉大津市は、第5条第2号の規定に該当する者であるか確認を行う。

3 前項に規定する事業対象者の要件の確認は、原則として泉大津市又は地域包括支援センター等が、本人との面接にて行う。

（事業対象者による手続き）

第8条 前条に規定する要件の確認の結果、事業対象者と認められる者は、基本チェックリストの実施結果及び介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（様式第2号。以下「依頼届出書」という。）に介護保険被保険者証（以下「被保険者証」という。）を添えて、市長に提出しなければならない。

2 市長は前項の規定により提出があったときは、基本チェックリストの実施結果を確認した上で、被保険者証に第1号介護予防支援事業を行う地域包括支援センターの名称、事業対象者である旨、基本チェックリスト実施日を記載して返付するものとする。

3 第1号事業を受けようとする者は、基本チェックリスト実施日から原則1か月以内に第1項の手続きを行うものとする。

4 第1項に規定する依頼届出書等の提出は、事業対象者に代わって、当該者に対して介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター等が行うことが

できる。

(事業対象者としての期間の終了)

第9条 次の各号のいずれかに該当する事業対象者は、認定（終了）申請書に被保険者証を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 自立・回復等により事業対象者でなくなったとき。
- (2) 前号に掲げるもののほか、事業対象者に該当しない事由が発生したとき。

(第1号事業の実施方法)

第10条 市長は、第1号事業について、市が直接実施するもののほか、次に掲げる方法により実施等を行うことができるものとする。

- (1) 法第115条の45の3第1項の規定に基づく指定事業者による実施
- (2) 法第115条の47第4項の規定に基づく施行規則第140条の69に定める基準に適合する者に対する委託による実施

(一般介護予防事業の実施方法)

第11条 市長は、一般介護予防事業について、市が直接実施するもののほか、法第115条の47第4項の規定に基づく施行規則第140条の69に定める基準に適合する者に対する委託により実施等を行うことができるものとする。

(指定事業者の指定の申請)

第12条 指定事業者の指定を受けようとする者は、法第115条の45の5の規定に基づき、市長に申請しなければならない。

(指定事業者の指定の更新)

第13条 指定の更新を受けようとする指定事業者は、法第115条の45の6の規定に基づき、市長に申請しなければならない。

(指定の有効期間)

第14条 指定事業者の指定の有効期間（法第115条の45の6第1項の厚生労働省令で定める期間をいう。）は、次のとおりとする。

- (1) 訪問介護相当サービス又は訪問型サービスA及び法第8条第2項に規定する訪問介護を一体的に運営（同一法人が同一建物内において一体的に運営している場合をいう。以下同じ。）している指定事業者の指定の有効期間 当該訪問介護の指定の有効期間
- (2) 通所介護相当サービス又は法第8条第7項に規定する通所介護（法第8条第17項に規定する地域密着型通所介護を含む。以下同じ。）を一体的に運営

している指定事業者の指定の有効期間 当該通所介護の指定の有効期間
(3) 前2号に掲げる指定事業者以外の指定事業者の指定の有効期間 6年
(指定の基準)

第15条 指定事業者は第1号事業のうち次に掲げる事業の実施に当たっては、
市長が別に定める基準に従わなければならない。

- (1) 指定訪問介護相当サービス
- (2) 指定訪問型サービスA
- (3) 指定通所介護相当サービス

(文書の提出等)

第16条 市長は、第1号事業支給費の支給に関して必要があると認めるときは、
当該支給を受ける者若しくは当該支給に係る第1号事業を担当する者又はこれ
らの者であった者に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、若し
くは依頼し、又は質問若しくは照会をするものとする。

(事務の委託)

第17条 市長は、第1号事業のうち、次に掲げる事業に係る法第115条の4
5の3第5項に規定する審査及び支払に関する事務は、国民健康保険団体連合
会（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第5項に規定する
国民健康保険団体連合会をいう。）に委託する。

- (1) 指定訪問介護相当サービス
- (2) 指定訪問型サービスA
- (3) 指定通所介護相当サービス
- (4) 介護予防ケアマネジメントA
- (5) 介護予防ケアマネジメントC

(補則)

第18条 この要綱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、
市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

(泉大津市介護予防事業実施要綱の廃止)

2 泉大津市介護予防事業実施要綱（平成25年4月1日施行）は廃止する。

(経過措置)

- 3 この要綱の施行の日において居宅要支援被保険者である者（当該要支援認定有効期間の開始日が平成29年4月1日の者は除く）で、その前日において介護予防訪問介護又は介護予防通所介護を利用している者は、本人の希望により当該要支援認定有効期間満了日前に第1号事業を受けようとする場合を除き、当該要支援認定有効期間満了日の翌日から第1号事業の利用対象者とする。

附 則

この要綱は、公告の日から施行し、平成30年8月1日から適用する。

附 則

この要綱は、公告の日から施行し、平成30年10月1日から適用する。

様式第1号 (表)

介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定(終了)申請書

泉大津市長様
次のとおり申請します。

| | |
|----|----|
| 新規 | 終了 |
|----|----|

受付印

| | | | | | |
|------------------|--|-----------------------|---|---|---|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | フリガナ | 生年 | 性 | 男 | 女 |
| | 氏名 | 月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 住所 | 電話番号(自宅・携帯): () | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | | |
| 終了の理由 | 有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |
| | ※該当するものに☑をして下さい □基本チェックリストの結果、事業該当者の基準に該当しないため □その他() | | | | |

| | | |
|---------------------------------|----------------|-----------------------|
| 該当するものに☑をして下さい | | □本人 □家族 □地域包括支援センター |
| 申 請 書 の 持 参 者 | 氏名 又は 名称 | (印) |
| | 住所 | 電話番号 自宅 () 携帯 () |

□介護予防・日常生活支援総合事業の適切な運営のため、この申請書及び基本チェックリストの結果を、泉大津市、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者に提供することに同意します。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____

| | | | |
|---|-----|-----------|------|
| 処 | 受 付 | チェックリスト確認 | 電算入力 |
| 理 | | | |

(裏)

基本チェックリスト

被保険者:

/記入者:

| | | | |
|----|--|-----------|-----------|
| 1 | バスや電車で一人で外出していますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 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 |
| 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 | この一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ヶ月間で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(体格指数)=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) | 1. 18.5未満 | 0. 18.5以上 |
| 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 |
| 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 |
| 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いわれますか | 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 |
| 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 |

| 設問 | 1～20 | 6～10 | 11～12 | 13～15 | 16 | 18～20 | 21～25 | 総合事業対象者 | |
|----|------|------|-------|-------|-----|-------|-------|---------|-----|
| 集計 | /20 | /5 | /2 | /3 | /1 | /3 | /5 | 該当 | 非該当 |
| 該当 | 10以上 | 3以上 | 2以上 | 2以上 | 1以上 | 1以上 | 2以上 | | |

介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|---|---|---|----|-----|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | 生年 | | | | 性別 | 男・女 | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | 月日 | 年 | 月 | 日 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------|----------------|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者 | 事業所名 | 泉大津市地域包括支援センター | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 595-0026 | | | | 電話番号 0725-21-0294 | | | | | | | | | | | |
| 再委託事業者 | 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | 電話番号 - - | | | | | | | | | | | |

泉大津市長 様

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け出します。

年 月 日

(被 保 険 者)

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 番 号 _____

- (注意) 1 この届出書は、要支援1・2の認定区分の人又は事業対象者が介護予防ケアマネジメントを泉大津市地域包括支援センターに依頼する場合、速やかに泉大津市へ提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメントを再委託する事業者を変更する時は、「再委託事業者変更届」を必ず泉大津市地域包括支援センターに届けてください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|-----|------|
| 処 理 欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 | | | | | | | | | | | | 受 付 | 電算入力 |
| | <input type="checkbox"/> 届出の重複 | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター事業所番号 | 2 | 7 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | | | |