

潟上市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

平成 29 年 3 月 13 日

告示第 22 号

改正 平成 29 年 7 月 26 日告示第 101 号

(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 この告示における用語の意義は、法、施行規則及び介護予防・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）において使用する用語の例による。

(事業の目的)

第 3 条 総合事業は、市が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目的とする。

(事業の内容)

第 4 条 総合事業の構成は、次に掲げる事業又はサービスとし、市長は、地域の実情に応じこれを行う。

(1) 介護予防・生活支援サービス事業（第 1 号事業）

ア 第 1 号訪問事業

(ア) 訪問型サービス（旧介護予防訪問介護に相当するサービス）

(イ) 訪問型サービス A（緩和した基準によるサービス）

(ウ) 訪問型サービス B（住民主体による支援）

(エ) 訪問型サービス C（短期集中予防サービス）

(オ) 訪問型サービス D（移動支援）

イ 第 1 号通所事業

(ア) 通所型サービス（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（緩和した基準によるサービス）

(ウ) 通所型サービスB（住民主体による支援）

(エ) 通所型サービスC（短期集中予防サービス）

ウ 第1号生活支援事業

エ 第1号介護予防支援事業

(ア) ケアマネジメントA（介護予防支援と同様のケアマネジメント）

(イ) ケアマネジメントB（簡略化したケアマネジメント）

(ウ) ケアマネジメントC（初回のみでのケアマネジメント）

(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

（指定事業者）

第5条 前条に規定する訪問型サービス及び訪問型サービスA並びに通所型サービス及び通所型サービスAは、法第115条の45の3第1項に規定する指定事業者（以下「指定事業者」という。）により実施するものとする。

（対象者）

第6条 介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）の対象者は、次に掲げるものとする。ただし、訪問型・通所型サービスBについては、この限りでない。

(1) 居宅要支援被保険者

(2) 第1号被保険者であって次条の規定による認定を受けたもの（以下「事業対象者」という。）

2 一般介護予防事業の対象者は、第1号被保険者及びその支援のために活動に関わるものとする。

（事業対象者の認定等）

第7条 事業対象者の認定を受けようとする者は、基本チェックリスト様式、事業対象者に該当する基準（様式第1号）及び**潟上市介護予防・日常生活支援サービス事業対象者確認申請書（様式第1号の2）**を市長に提出しなければならない。

2 基本チェックリストの実施者は、基本チェックリストについての考え方（様式第2号）に基づき実施するものとする。

3 市長は、基本チェックリストの回答が第1項の基準に該当するものを事業対象者として認定し、被保険者証に必要事項を記載し交付するものとする。

（介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）の利用）

第8条 介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）を利用しようとする者は、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書（様式第3号）を市長に提出し、当該事業の利用計画を作成しなければならない。ただし、居宅要支援被保険者であつて、法の規定による予防給付を受けているものは、この限りでない。

（第1号事業支給費の支給）

第9条 市長は、法第115条の45の3第1項の規定により、指定事業者が実施する第5条に規定するサービス（以下「指定第1号事業」という。）の利用をした者（以下「利用者」という。）に対し、第1号事業支給費を支給する。

2 第1号事業支給費の額は、指定第1号事業の事業費の額（潟上市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業の費用の額の算定に関する基準（平成29年潟上市告示第25号）で定める事業費の額をいう。以下同じ。）の100分の90に相当する額とする。

3 前項の規定にかかわらず、法第59条の2本文に規定する政令で定める額以上である利用者に係る第1号事業費の額は、事業費の額の100分の80に相当する額とする。

4 第1号事業支給費は、法第115条の45の3第3項の規定により、利用者が指定事業者を支払うべき費用について、第1号事業支給費として支給すべき額の限度において、当該利用者に代わり、指定事業者を支払うものとする。

（利用料）

第10条 介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）を利用した者は、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める利用料を負担しなければならない。

（1） 指定第1号事業 事業費の額から第1号事業支給費の額を控除した額

（2） 指定第1号事業以外の事業（第1号介護予防支援事業を除く。） 市長が別に定める額

(第1号事業支給費に係る支給限度額)

第11条 要支援者が総合事業を利用する場合は、法第55条第1項の規定により、支給限度額を算定するものとする。

2 事業対象者が指定第1号事業を利用する場合は、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号イに定める単位数により支給限度額を算定するものとする。ただし、市長が必要と認めた場合は、同号ロに定める単位数により算定することができる。

(高額介護予防サービス費等相当事業)

第12条 市長は、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。)を行う。

2 高額介護予防サービス費等相当事業の利用者負担段階及び負担限度額等については、法第61条及び第61条の2に定める規定を準用する。

(その他)

第13条 この告示に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

附 則(平成29年7月26日告示第101号)

この告示は、公布の日から施行する。

様式第1号 (第7条関係)
基本チェックリスト様式及び事業対象者に該当する基準

記入日： 年 月 日 () 記入説明者

| 氏名 | | 生年 月日 | | 住所 | |
|------------|-----------------------------------|----------|----|-------------------|--------------|
| | | | | 電話 | |
| 希望するサービス内容 | | | | | |
| No. | 質問項目 | | | 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 |
| 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 =) (注) |
| 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されますか | | | 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 |

| | | |
|-----------|------------------------------------|------|
| ① 生活機能全般 | No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当 | / 20 |
| ② 運動機能 | No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当 | / 5 |
| ③ 栄養改善 | No.11～12 の 2 項目のすべてに該当 | / 2 |
| ④ 口腔ケア | No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当 | / 3 |
| ⑤ 閉じこもり予防 | No.16～17 のうちに No.16 に該当 | / 2 |
| ⑥ 物忘れ予防 | No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当 | / 3 |
| ⑦ うつ予防 | No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当 | / 5 |

(注) この表における該当 (No.12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当すること
をいう。この表における該当 (No.12に限る。) とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合をいう。

様式第1号の2 (第7条関係)

年 月 日

(宛先) 潟上市長

潟上市介護予防・日常生活支援サービス事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援サービス事業対象者についての確認を受けたいので、次の通り申請します。

| | | | |
|--|---------|---------|----------------------|
| 1. 申請者 (被保険者) | | | |
| 被保険者番号 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| フリガナ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 | | 電話番号 | |
| 住所 | 郵便番号 | | |
| 前回の認定等 (該当者のみ) | 状態区分 | 要支援1 | 要支援2 総合事業対象者 その他 () |
| | 有効期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 |
| 希望するサービスと申請の理由 | サービスの内容 | | |
| | 理由 | | |
| 2. 問い合わせ先 | | | |
| フリガナ | | 本人との関係 | |
| 氏名 | | 電話番号 | |
| 住所 | 郵便番号 | | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 (以下「総合事業」という。) の利用に係る計画の作成等、総合事業の適切な運営のため必要があるときは、総合事業対象者の確認にかかる基本チェックリストの記載内容を潟上市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所その他、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。 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 本人氏名 _____ | | | |

*添付文書 基本チェックリスト

<事務処理欄>

| | |
|------|--|
| 受付場所 | |
| 氏名 | |

| |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

様式第2号（第7条関係）

基本チェックリストについての考え方

| | |
|--|--|
| 【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。 | |

| | 質問項目 | 質問項目の趣旨 |
|----------------------------------|------------------------------|--|
| 1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。 | | |
| 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。 |
| 6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。 | | |
| 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。 |
| 11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。 | | |
| 11 | 6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか | 6カ月間で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カ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カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 |
| 13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。 | | |
| 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。 |
| 16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。 | | |
| 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カ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。 |
| 18～20の質問項目は認知症について尋ねています。 | | |
| 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聞われますか | 本人は物忘れがあると思っても、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。 |
| 21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。 | | |
| 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 | |

様式第3号 (第8条関係)

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼 (変更) 届出書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 区 分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 新規・変更 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 氏 名 | | 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 性 別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼 (変更) する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼 (変更) する地域包括支援センター | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名 | | 介護予防支援事業書の所在地 地域包括支援センターの所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 (年 月 日付) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 潟上市長 様 上記の介護予防支援事業者 (地域包括支援センター) に介護予防サービス計画の作成又は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 | | 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所 (地域包括支援センター) 番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに潟上市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) 又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず潟上市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。