

泉南市介護予防・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）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、次に掲げることを目的として実施する。

- (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者（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に支援することを目的とする。
- (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や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を目的とする。

(事業の内容)

第4条 市長は、総合事業として、次の各号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（第1号事業）

ア 第1号訪問事業

- (ア) 指定相当訪問型サービス
- (イ) 共生型指定相当訪問型サービス

イ 第1号通所事業

- (ア) 指定相当通所型サービス
- (イ) 共生型指定相当通所型サービス

ウ 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

(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 この要綱において第1号事業の対象者とは、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に定める基本チェックリスト(様式第1号。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者で、次の各号のいずれかに該当する第1号被保険者は、居住地を管轄する地域包括支援センターに基本チェックリストを提出するものとする。

(1) 要介護又は要支援認定(以下「要介護認定等」という。)を受けていない者で、かつ、要介護認定等申請を行っていない者

(2) 要介護認定等を既に受けている者で、かつ、認定の有効期間の満了に当たり、要介護認定等申請を行わない者

2 地域包括支援センターは、前項の規定により提出があったときは、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、地域包括支援センター等が、原則本人との面接にて行う。

(事業対象者の手続)

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（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、前項の規定により届出があったときは、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及び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 前条第1項に該当し第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1か月以内に第1項の手続を行わなければならない。
- 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、該当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、依頼届出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）要介護認定等を受けたとき。
- （2）自立、回復等により事業対象者でなくなったとき。
- （3）前2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（以下「指定事業者」という。）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の規定に適合する者に対する委託による実施
- （3）施行規則第140条の62の3第1項第2号の規定に基づく補助による実施

（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、次に掲げる方法により実施できるものとする。

- （1）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の規定に適合する者に対する委託による実施
- （2）施行規則第140条の62の3第1項第2号の規定に基づく補助による実施

（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、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める期間とする。

（1）次号及び第3号に掲げる指定事業者の指定以外の指定事業者の指定期間

6年

（2）第1号訪問事業と法第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期間 当該訪問介護の指定の有効期間

（3）第1号通所事業と法第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期間 当該通所介護の指定の有効期間

（指定の基準）

第15条 指定事業者は、市長が別に定める基準に従い事業を行うものとする。

（第1号事業支給費等）

第16条 市長は、法第115条の45の3第3項の規定により指定事業者が実施する第1号事業に係る第1号事業支給費（同条第1項の第1号事業支給費をいう。以下同じ。）を指定事業者に支払うものとする。

2 第1号事業に要する費用の額並びに第1号事業支給費の額は、市長が別に定める。

（第1号事業支給費に係る支給限度額）

第17条 第1号事業支給費の支給限度額は、それぞれ次に掲げる各号の規定によるものとする。

（1）居宅要支援被保険者に係る支給限度額（指定事業者のサービスを利用する場合に限る。）は、法第55条第1項の規定を準用する。

（2）事業対象者に係る支給限度額（指定事業者のサービスを利用する場合に限る。）は、要支援1に係る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）について法第55条第1項の規定により算出した額とする。

（高額介護予防サービス費等相当事業費の支給）

第18条 市長は、総合事業において、法第61条に規定する高額介護予防サービス費及び法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費の支給に相当する額（以下「高額介護予防サービス費等相当額」という。）を支給するものとする。

2 前項に掲げる高額介護予防サービス費等相当額の支給要件、支給額その他高額介護予防サービス費等事業に関して必要な事項は、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第29の2の2及び第29条の3の規定を準用する。

（文書の提出等）

第19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、又は当該職員に

質問若しくは照会をすることができる。

(事務の委託)

第 20 条 市長は、第 1 号事業支給費に係る法第 115 条の 45 の 3 第 5 項に規定する審査及び支払に関する事務を、同条第 6 項の規定により大阪府国民健康保険団体連合会に委託する。

(様式)

第 21 条 様式について必要な事項は別表に定めるところによる。

(委任)

第 22 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。

(経過措置)

2 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、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。

(施行前の手続きその他行為)

3 総合事業の実施に必要な手続きその他行為については、この要綱の施行前においても、この要綱の規定の例により行うことができる。

附 則

この要綱は、平成 30 年 8 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 30 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 4 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

別表 (第21条関係)

様式番号	関係条文			種類
	条	項	号	
1	5		2	基本チェックリスト
2	8	1		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

基本チェックリスト

被保険者番号（ ） 記入日（ 年 月 日）

No.	質問項目	回答(いずれかに ○をお付け下さい)	
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ヵ月間で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 c m 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言われますか	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

(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。

【本人同意欄】

このチェックリストの記入内容等について、介護予防ケアマネジメント等を行うために、泉南市及び担当の地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名

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														
					個 人 番 号									
					生 年 月 日									
介護予防サービス計画作成を依頼（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					介護予防支援事業所の所在地 〒 地域包括支援センターの所在地 電話番号									
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サービス開始（変更）年月日									
												年	月	日
介護予防支援事業所又は地域包括支援センター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。														
介護予防支援また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また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ください。														
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									
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。														
泉南市長 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または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。 年 月 日 被保険者 住所 氏名 電話番号														
保険者確認欄 ☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号														

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が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 氏名														
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

（注意） 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成また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泉南市へ提出してください。

2 介護予防サービス計画の作成も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）または介護予防支援も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、必ず泉南市へ届け出てください。届出のない場合、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。