

(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 年厚生労働省令第 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 この要綱における用語の意義は、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）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。

(総合事業の目的)

第 3 条 総合事業は、本町が中心となって、地域の实情に応じて、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、法第 115 条の 45 第 1 項に規定する被保険者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。

(総合事業の構成等)

第 4 条 町長は、総合事業として次の各号の事業を行うものとする。

(1) 法第 115 条の 45 の 3 第 1 項に規定する指定事業者の事業所により行われる法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に規定する事業として次に掲げる事業（以下「第 1 号事業」という。）

ア 第 1 号訪問事業（訪問型サービス）

イ 第 1 号通所事業（通所型サービス）

ウ 第 1 号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）

(2) 法第 115 条の 45 第 1 項第 2 号に規定する事業として次に掲げる事業（以下「一般介護予防事業」という。）

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 号事業の利用対象者)

第 5 条 第 1 号事業の利用対象者は、次の各号のいずれかに該当する被保険者とする。

(1) 施行規則第 140 条の 62 の 4 第 1 号に規定する居宅要支援被保険者

(2) 法第 9 条第 1 号に規定する介護保険の第 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。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。）

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の活動に関わる者とする。

(第 1 号事業の利用の手続き)

第 6 条 居宅要支援被保険者及び事業対象者（以下「居宅要支援被保険者等」という。）

は、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作成依頼（変更）届出書（様式第2号）に次に掲げる書類を添えて、町長に届け出なければならない。

（1）介護保険被保険者証（以下「被保険者証」という。）

（2）基本チェックリスト（居宅要支援被保険者を除く。）

2 前項の届出は、居宅要支援被保険者等に代わって、第1号介護予防支援事業を行う地域包括支援センターが行うことができる。

（利用対象者の決定等）

第7条 町長は、前条の届出があったときは、その内容を審査し、川西町介護予防・日常生活支援総合事業対象者（対象外）決定通知書（様式第3号）により、当該居宅要支援被保険者等に通知するものとする。

2 町長は、第1号事業の利用を決定したときは、当該居宅要支援被保険者等（以下「利用者」という。）を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行するものとする。

（事業対象者としての期間の終了）

第8条 事業対象者が次の各号のいずれかに該当するときは、事業対象者有効期間・介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書（様式第4号）に被保険者証を添えて、町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。

（利用の中止等）

第9条 町長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、当該利用者の利用を一時停止し、又は中止させることができる。

（1）健康状態に変化が見られ、当該事業を利用することが適切でないと認められたとき。

（2）疾病にかかり、又は負傷し、治療を受ける必要があるとき。

（3）感染症の疾病にかかり、医師により他者に感染の危険があると診断されたとき。

（4）医師により利用の停止又は中止の指導を受けたとき。

（5）死亡、転出、入院、又は施設に入所したとき。

（6）前項に掲げるもののほか、町長が事業の利用を不適切と認めたとき。

（第1号事業支給費の支給）

第10条 町長は、居宅要支援被保険者等が第1号事業を利用した場合は、当該事業に要した費用として第1号事業支給費を支給する。

2 前項の第1号事業支給費の額は、川西町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業に要する費用の額の算定に関する基準要綱（以下「算定基準要綱」という。）第3条に規定する額に100分の90を乗じて得た額（その額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とする。

3 法第59条の2第1項に規定する政令で定める額以上である居宅要支援被保険者等に支給する第1号事業支給費の額について前項の規定を適用する場合においては、前項中「100分の90」とあるのは「100分の80」とする。

4 法第59条の2第2項に規定する政令で定める額以上である居宅要支援被保険者等に支給する第1号事業支給費の額について第2項の規定を適用する場合においては、第2項中「100分の90」とあるのは「100分の70」とする。

（利用料等）

第11条 第4条第1号に規定する第1号訪問事業又は第1号通所事業の利用者は、当該サービスに係るサービス費から算定基準要綱の規定により支給される第1号事業支給費の額を控除した額を利用料として、当該サービスを提供した指定事業者へ直接

支払うものとする。

- 2 総合事業の実施の際に、食費、原材料費等の実費が生じたときは、当該実費は利用者負担とし、利用者が総合事業を実施する機関に直接支払うものとする。

(支給限度額)

第12条 居宅要支援被保険者が第1号事業を利用する場合の支給限度額は、法第55条第1項の規定を準用する。ただし、居宅要支援被保険者が法第52条に規定する予防給付を利用している場合は、第1号事業及び予防給付の限度額を一体的に算定するものとする。

- 2 事業対象者の支給限度額は、要支援認定により要支援1と認定された者に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額と同額とする。ただし、利用者の状態により、町長が特に認めた場合は、要支援2の支給限度額とすることができる。

- 3 第1号事業支給費の支給限度額の算定対象となるサービスの範囲は、町長が別に定める。

(高額介護予防サービス費等相当事業)

第13条 町長は、利用者が受けた第1号事業の利用者負担額が著しく高額であるときは、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。)を支給することができる。

- 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条及び法第61条の2に定める規定を準用する。

(保険料滞納者に係る支払方法の変更)

第14条 町長は、保険料を滞納している利用者(以下「滞納者」という。)が、当該介護保険料の納期限から1年が経過するまでの間に当該保険料を納付しない場合においては、特別の事情があると認める場合を除き、法第115条の45の3第3項の規定を適用しないことができる。

(保険給付の支払いの一時差止)

第15条 町長は、第1号事業による給付を受ける滞納者であり、かつ、当該保険料の納期限から1年6月が経過するまでの間に当該保険料を納付しない場合においては、特別の事情があると認められる場合を除き、第1号事業支給費の全部又は一部の支払を差し止めることができる。

(給付制限)

第16条 町長は、第5条第1項第2号に該当すると判断した場合において、当該基準に該当した滞納者について保険料徴収権消滅期間があるときは、法第69条の例により、第1号事業支給費の給付を制限することができる。

- 2 町長は、第1号事業による給付を受ける滞納者が、被保険者証に法第69条に規定する給付額減額等の記載を受けているときは、当該記載を受けた日の属する月の翌月の初日から当該給付額の減額期間について、第10条中「100分の90」とあるのは「100分の70」と、「100分の80」とあるのは「100分の70」と、「100分の70」とあるのは「100分の60」とする。なお、給付制限の事務処理については、川西町介護保険料滞納に係る保険給付制限事務取扱要綱の例による。

(事業の委託)

第17条 町長は、総合事業を法第115条の47第4項に規定する基準を満たす者(事業対象者に対して行う第1号介護予防支援事業にあつては、同条第1項の厚生労働省令で定める者)に委託することができる。

(受託者の遵守事項)

第18条 法第115条の47第4項に基づき総合事業を委託する場合は、受託者は施行規則第140条の69各号に掲げる基準を遵守しなければならない。

(指導及び監査)

第 19 条 町長は、総合事業の適切かつ有効な実施のため、総合事業を実施する者に対して、指導及び監査を行うものとする。

2 前項の指定及び監査について必要な事項は、町長が別に定める。

(その他)

第 20 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、町長が定める。

附 則

この要綱は、令和 2 年 5 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。

# 基本チェックリスト

地域包括支援センター受付日		年	月	日
<input type="checkbox"/>	川西町地域包括支援センター	担当		
<input type="checkbox"/>	居宅介護支援事業所名	担当		

被保険者番号		区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日生
氏 名			
住 所	〒	電話番号	

記入日： 年 月 日( )

※この調査票は、本人が回答してください。

No	質 問 項 目	回 答			
		(0又は1のいずれかに○を付けてください。)			
日常生活について	1 <b>バスや電車で一人で外出していますか</b> 自分で車を運転して外出している場合も含まれます	0	はい	1	いいえ
	2 <b>日用品の買い物をしていますか</b> 自分で買い物に出かけて、必要なものを購入していますか 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	0	はい	1	いいえ
	3 <b>預貯金の出し入れをしていますか</b> 銀行等での窓口手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか 家族等に依頼して、出し入れをしている場合は「いいえ」となります	0	はい	1	いいえ
	4 <b>友人の家を訪ねていますか</b> 電話やメールによる交流や家族・親戚の家への訪問は含みません	0	はい	1	いいえ
	5 <b>家族や友人の相談にのっていますか</b> 直接会わずに、電話やメールのみで相談に応じる場合も含まれます	0	はい	1	いいえ
運動について	6 <b>階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか</b> 時々使用している程度は「はい」、使用せずに昇の能力があっても、習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0	はい	1	いいえ
	7 <b>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</b> 時々つかまっている程度であれば、「はい」とします	0	はい	1	いいえ
	8 <b>15分位続けて歩いていますか</b> 屋内、屋外等の場所は問いません	0	はい	1	いいえ
	9 <b>この1年間に転んだことがありますか</b> 転倒したことがあるかをお答えください	1	はい	0	いいえ
10 <b>転倒に対する不安は大きいですか</b> ご自身の主観(感じ方)でお答えください	1	はい	0	いいえ	
栄養について	11 <b>6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか</b> 6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」になります	1	はい	0	いいえ
	12 身長      cm      体重      kg (BMI =      ) ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)が18.5未満の場合に該当	1	18.5未満	0	18.5以上
口腔機能について	13 <b>半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか</b> 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」となります	1	はい	0	いいえ
	14 <b>お茶や汁物等でむせることがありますか</b> ご自身の主観(感じ方)でお答えください	1	はい	0	いいえ
	15 <b>口の渇きが気になりますか</b> ご自身の主観(感じ方)でお答えください	1	はい	0	いいえ

外出について	16	週に1回以上は外出していますか 過去1ヶ月の状態を平均してください	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 今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」になります	1	はい	0	いいえ
物忘れについて	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 ご自分で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ければ「いいえ」となります	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 誰かに電話番号を尋ねてかける場合、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」となります	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」となります	1	はい	0	いいえ
心の状態について	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

① No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	複数の項目に支障	／20	
② No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能の低下	／5	
③ No.11～12までの2項目のすべてに該当	低栄養状態	／2	
④ No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能の低下	／3	
⑤ No.16～17までの2項目のうちNo.16に該当	閉じこもり	／2	
⑥ No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知機能の低下	／3	
⑦ No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ病の可能性	／5	

※6	「いいえ」の場合、下記いずれかに○をつけてください ( ) 安全のため手すりは持っているが手すりがなくても昇降できる ( ) 手すりがないと昇降できない(一人で昇降動作はできる) ( ) 人がいないとこわくて昇降できない(誰かの見守り、サポートがいる)
※7	「いいえ」の場合、下記いずれかに○をつけてください ( ) 安全のため何かを持ち立ち上がるが、持つところがなくても可能 ( ) 持つところがないと立ち上がれない(1人で動作はできる) ( ) 人がいるときでないと怖くて立ち上がる動作ができない
※8	「いいえ」の場合、下記いずれかに○をつけてください ( ) 平らな道であれば可能 ( ) 5分程度なら可能(家の周辺なら歩くことができる) ( ) 屋内中心の生活である
※9	「はい」の場合、下記いずれかに○をつけてください ( ) 1年間に1回のみ ( ) 1年間に複数回 ( ) 月1回以上

<b>【本人同意欄】</b> 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、川西町及び担当の地域包括支援センター又は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)

※市町村記入欄	保険証	負担割合証	ケアマネジメント届出	包括へ情報提供	処理者	受付
	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 発行	<input type="checkbox"/> 新規発行 <input type="checkbox"/> 発行なし	<input type="checkbox"/> あり(入力要)	<input type="checkbox"/> あり ( 月 日) <input type="checkbox"/> なし		

## 介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書

		区 分	新 規 ・
フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）			
介護予防支援事業		介護予防支援事業所の所在	
		〒	
		電話番号 ( )	
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 ※居宅介護支援事業所が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 ( )	
介護予防支援事業所（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事由等 ※ 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)			
川西町長      様  上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。  年      月      日  住 所  被保険者      電話番号 ( ) 氏 名			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業者(地域包括支援センター)番号		受 付
	<input type="text"/>		

(注意)

- 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに川西町に提出してください。
- 2 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者（地域包括支援センター）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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず川西町に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦全額自己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提出してください。

年 月 日

様

川西町長

川西町介護予防・日常生活支援総合事業対象者（対象外）決定通知書

あなたが行った基本チェックリストに基づき、下記のとおり総合事業の対象（対象外）と決定しましたので通知します。

記

被保険者番号	
フリガナ	
被保険者氏名	

基本チェックリスト実施日	
判定結果	
判定理由	



事業対象者有効期間・介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
		介護予防ケアマネジメントを依頼していた介護予防支援事業者（地域包括支援センター）	
介護予防支援事業		介護予防支援事業所の所在	
		〒	電話番号（ ）
介護予防ケアマネジメントを受託していた居宅介護支援事業所 ※居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを受託していた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（ ）
事業対象者認定日	年 月 日		
事業対象者終了日	年 月 日 で事業対象者を終了します。		
届出理由	<input type="checkbox"/> 支援終了、今後のサービス利用予定がないため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
川西町長様  上記のとおり、事業対象者有効期間及び介護予防ケアマネジメントの依頼を終了することを届け出ます。  年 月 日  住所  被保険者 電話番号（ ） 氏名			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証		受付