

鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱

平成 29 年 3 月 31 日

告示第 123 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、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）、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。）及び鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する規則（平成 29 年鶴岡市規則第 7 号。以下「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。

(支給限度額)

第 2 条 規則第 4 条第 2 項ただし書の規定の適用を受けようとする者は、総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書（様式第 1 号）により市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、規則第 4 条第 2 項ただし書の規定を適用することが適当と認めるときは、総合事業対象者における一時的な区分支給限度額承認通知書（様式第 2 号）により通知するものとする。

(利用の手続)

第 3 条 居宅要支援被保険者（法第 53 条第 1 項に規定する居宅要支援被保険者をいう。以下同じ。）及び事業対象者（規則第 2 条第 1 項第 11 号に規定する事業対象者をいう。以下同じ。）（以下「居宅要支援被保険者等」という。）は、総合事業（一般介護予防事業（規則第 3 条第 5 号に規定する一般介護予防事業をいう。以下同じ。）を除く。）によるサービス（以下「介護予防・生活支援サービス」という。）を利用しようとするとき（居宅要支援被保険者が介護予防サービスを併せて利用しようとするときを含む。）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（変更）届出書（様式第 3 号）により、市長に届け出なければならない。

2 市長は、前項の規定による届出をした者のうち事業対象者について、当該者が事業対象者である旨、基本チェックリストの実施日等を被保険者証に記載し、これを返付するものとする。

3 第 1 項の規定による届出は、居宅要支援被保険者等に代わって、当該者に対して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。

(利用の申請)

第 4 条 介護予防・生活支援サービスを利用しようとする者は、鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業利用（終了）申込書（様式第 4 号）により市長に申請しなければならない。

2 前項の鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業利用（終了）申込書には、利用者基本情報（様式第 5 号）、介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）（様式第 6 号）、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（様式第 7 号）及び介護予防ケアマネジメント（第 1

号介護予防支援事業) サービス評価表(様式第8号)を添付するものとする。ただし、市長が特に認めるときは、全部又は一部の書類の添付を省略することができる。

(実態調査)

第5条 市長は、前条の規定による申請があったときは、速やかに必要な調査を行うものとする。

(利用の適否の決定)

第6条 市長は、前条の調査の結果に基づき、介護予防・生活支援サービスの利用の適否を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定により介護予防・生活支援サービスの利用が適当であると決定された者(以下「利用者」という。)に介護予防・生活支援サービス決定(終了)通知書(様式第9号)により通知するとともに、利用者が居宅要支援被保険者でない場合は被保険者証に利用者である旨の記載をするものとする。

3 市長は、第1項の規定により介護予防・生活支援サービスの利用が適当でないとき決定したときは、介護予防・生活支援サービス決定(終了)通知書により申請者に通知するとともに、一般介護予防事業の利用を勧めるものとする。

(利用の決定の効力等)

第7条 前条第1項の規定による決定に係る有効期間は、当該決定の日から、次の各号に掲げる利用者の区分に応じ当該各号に定める日までとする。

(1) 居宅要支援被保険者 要支援認定の有効期間の末日

(2) 事業対象者 介護予防・生活支援サービス利用(終了)申請書により介護予防・生活支援サービスの利用の終了を申し出たとき。

(有効期間の更新)

第8条 有効期間が満了する日以後も介護予防・生活支援サービスを利用しようとする者は、有効期間が満了する日の60日前から有効期間が満了する日までの間に第4条の申請をするものとする。この場合において、第6条第1項の規定による介護予防・生活支援サービスの利用の決定の効力は、前条の規定にかかわらず、有効期間が満了する日の翌日にさかのぼってその効力を生ずる。

2 利用者が居宅要支援被保険者である場合は、要支援更新認定の申請をもって前項の申請とみなす。この場合において、認定審査会の審査及び判定の結果に基づき要支援認定をしたときは、その結果の通知をもって第4条第1項の介護予防・生活支援サービスの利用が適当であるとの決定及び同条第2項の規定による通知をしたものとみなす。

(利用の終了)

第9条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、介護予防・生活支援サービスの利用の終了を決定するものとする。

(1) 居宅要支援被保険者等としての要件を欠くに至ったとき。

(2) 介護予防・生活支援サービス利用(終了)申請書により介護予防・生活支援サービスの利用の終了を申し出たとき。

2 市長は、前項の規定により介護予防・生活支援サービスの利用の終了を決定したときは、介護予防・生活支援サービス決定・終了通知書によりその旨を通知するとともに、被保険者証から利用者である旨の記載を削除するものとする。

(利用の取消し)

第 10 条 市長は、利用者が虚偽の申請により介護予防・生活支援サービスの利用の決定を受けたとき、この告示の規定に違反したとき又は介護予防・生活支援サービスの提供上必要な指示に従わなかったときは、利用を取り消すことができる。

2 前条第 2 項の規定は、前項の規定により利用を取り消した場合について準用する。

(その他)

第 11 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、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。

第 号
年 月 日

様

鶴岡市長



総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更承認通知書

年 月 日付で申請のあった総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更
申請については、次のとおり決定したので通知します。

利用者

氏 名 (被保険者番号)
住 所
生年月日

区分支給限度額変更等の適否

変更の対象と認めます。

期 間 年 月 日 から
年 月 日 まで

変更の対象と認めません

理 由

条 件

様式第3号（第3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																			
										個 人 番 号									
										生 年 月 日				性 別					
										明・大・昭				男・女					
										年 月 日									
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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・地域包括支援センター名					介護予防支援事業所・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。 <div style="text-align: right;">変更年月日（ 年 月 日付）</div>																			
鶴岡市長様 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ます。 年 月 日 被保険者 住所 氏 名																			
										電話番号（ ）									
確 認 欄		<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 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														

（注 意）

- 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鶴岡市へ提出してください。
- 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、必ず鶴岡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。
- 住所地特例の対象となる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。

利用者基本情報

《基本情報》

被保険者番号						作成担当者: _____
相談日		来所 その他 ()	電話 ()	初回 再来 前回 ()		
本人の現況	<input checked="" type="radio"/> 在宅 <input type="radio"/> 入院又は入所中					
フリガナ 本人氏名				生年月日	年齢	
住所	鶴岡市			Tel		
				Fax		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input checked="" type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input checked="" type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M				
認定 総合事業 情報	認定日・チェックリスト記入日:					
	有効期限: _____ ~ _____			(前回の介護度) _____		
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障 (_____) <input checked="" type="checkbox"/> 療育 (_____) <input type="checkbox"/> 精神 (_____) _____ <input type="checkbox"/> 難病 (_____)					
本人の住居環境	<input type="radio"/> 自宅 <input checked="" type="radio"/> 借家 <input checked="" type="radio"/> 一戸建て <input type="radio"/> 集合住宅 自室の有無 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 1 階 住宅改修の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無					
経済状況	世帯課税 あり・なし					
来所者 (相談者)				家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」(同居家族は○)		
住所連絡先				氏名	続柄	備考
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	氏名	続柄	備考
				同居 同居		
				家族関係等の状況		

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
				友人・地域との関係
	時間	本人	介護者・家族	
		起床		
		朝食		
	昼食			
	夕食			
	就寝			

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
			Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
			Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	
			Tel	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント)結果等記録表

利用者名		様		認定 総合事業 情報	認定日 記入日	有効期間	計画作成日
被保険者番号	計画作成事業所:				担当者	課題に対する目標と具体策の提案	~
アセスメントの領域と現在の状況 (箇条書きでよい。)		本人・家族の意欲・意向		領域における課題	総合的課題	目標	具体策
運動・移動について				有 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	1.	1.	1. ①提案のとおり ②意向あり
日常生活(家庭生活)について				有 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	2.	2.	①提案のとおり ②意向あり
社会参加、対人関係コミュニケーションについて				有 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	3.	3.	①提案のとおり ②意向あり
健康管理について				有 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	4.	4.	①提案のとおり ②意向あり

【健康状態について】

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

◆基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書きください。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ	うつ予防
/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

予防給付
地域支援
事業

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録 (サービス担当者会議の要点を含む)

利用者名 _____

計画作成者氏名: _____

年月日	状況	内容

※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日

計画作成者氏名

様

利用者名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 介護給付
<input type="checkbox"/> 予防給付
<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業
<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
<input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> プラン継続
<input type="checkbox"/> プラン変更
<input type="checkbox"/> 終了 |
|--|---|

鶴岡市介護予防・生活支援サービス決定（終了）通知書

年 月 日

様

鶴岡市長



介護予防・生活支援サービスについて、次のとおり決定（終了）したので通知します。

介護予防・生活支援サービス利用の適否	<input type="checkbox"/> 適 当 <input type="checkbox"/> 適当でない（一般介護予防事業が適当である） <input type="checkbox"/> 終 了
有効期間・終了日	年 月 日 ～ 年 月 日

1. 住所、電話番号、その他決定を受けた事項に変更が生ずる場合はご連絡ください。
2. 有効期間が終了してもなお介護予防・生活支援サービスを利用しようとする者は、有効期間が終了する日の60日前から有効期限が終了する日までに再度、介護予防・生活支援サービス利用申請又は要支援認定更新申請をしてください。