

川崎市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

平成28年 4 月 1 日

28川健地推第259号

健康福祉局長専決

(趣旨)

第1条 この要綱は、川崎市が行う介護保険法（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「川崎市総合事業」という。）の実施について、法、介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」という。）及び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。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第2条 この要綱における用語の意義は、この要綱において定めるもののほか、法、政令、省令、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）及び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」）の例による。

(事業の目的)

第3条 川崎市総合事業は、次に掲げることを目的に実施する。

(1) 要支援者等に対して、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・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して実施する。

(事業の内容)

第4条 市長は、川崎市総合事業として別表第1に掲げるサービス又は事業を行う。

(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) 省令第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(以下「基本チェックリスト」という。第1号様式)の質問項目に対する回答の結果が別添1に掲げるいずれかの基準に該当する第1号被保険者で、第1号事業を受けることによって、心身の状況を改善することができると認められる者(以下「事業対象者」という。))。

(事業対象者要件の確認)

第6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) 要介護または要支援認定を受けていない者で、かつ要介護または要支援認定申請を行っていない者

(2) 要介護または要支援認定を既に受けている者で、かつ認定の有効期間の満了にあたり、要介護または要支援認定申請を行わない者

2 前項による提出があったとき、地域包括支援センターは第4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が原則、本人との面接にて行う。ただし、本人が入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等の場合は、電話または家族の来所による相談に基づき、本人の状況及び相談の目的等を聞き取るものとする。

（事業対象者の手続き）

第7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（以下、「依頼届出書」という。第2号様式）に介護保険被保険者証を添えて、区長に提出しなければならない。

- 2 前条第1項第1号に該当し第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か月以内に前項の手続きを行わなければならない。

- 3 前条第1項第2号に該当し認定有効期間満了日の翌日から第1号事業を受けようとする者は、既に受けている認定の有効期間の満了日の1か月前から満了日まで第1項の手続き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、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。

（事業対象者の終了）

第8条 次の各号のいずれかに該当する事業対象者は、介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書（第3号様式）に介護保険被保険者証を添えて、区長に提出しなければならない。

- （1）予防給付または介護給付によるサービスを利用するとき
- （2）自立・回復等により事業対象者でなくなったとき
- （3）前各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

(介護予防ケアマネジメントの実施)

第9条 介護予防ケアマネジメントの実施に関して、この要綱に定めるもののほか、必要な事項は川崎市介護予防ケアマネジメント実施要綱で定めるところによるものとする。

(指定事業者による第1号事業の実施)

第10条 指定事業者の指定に関する基準および指定等に関する必要な事項は、別に定めるところによる。

2 第1号事業支給費の額の算定に関する基準については、別に定めるところによる。

(第1号事業支給費に係る支給限度額)

第11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基準額は、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号イに規定する単位数により算定した額とする。

2 1単位当たりの単価の額は、別に定めるところによる。

(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。）を実施することができる。

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。

(指導及び監査)

第13条 市長は、川崎市総合事業の適切かつ有効な実施のため、第1号事業を実施するものに対して、指導及び監査を行うものとする。

(不正利得の徴収等)

第14条 市長は、偽りその他不正な行為により、利用者が第1号事業支給費の支給を受けたとき又は指定事業者が第1号事業支給費の支払いを受けたときは、当該支給費の額又は支払い額の全部又は一部の返還を求めることができる。

(委任)

第15条 この要綱に定めるもののほか、川崎市総合事業の実施に関し必要な事項は、健康福祉局長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。
- 2 川崎市介護予防事業実施要綱（平成18年4月1日施行）、川崎市二次予防事業対象者把握事業実施要綱（平成20年4月1日施行）、川崎市二次予防事業プログラム参加のための診断業務実施要綱（平成23年4月1日施行）川崎市介護予防通所型複合プログラム事業実施要綱（平成27年4月1日施行）、川崎市介護予防普及啓発事業実施要綱（平成18年4月1日施行）、川崎市介護予防指導・育成事業実施要綱（平成18年4月1日施行）及び川崎市介護予防グループ支援事業実施要綱（平成18年4月1日施行）は廃止する。

(経過措置)

- 1 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。

- 2 前項の要支援認定有効期間満了日の翌日以降、平成29年3月31日までの間について、第1号事業の指定を受けていない指定介護予防サービス事業者によるサービス提供を受けようとする者は、その者の要支援認定にもとづき介護予防訪問介護、介護予防通所介護及び介護予防支援を利用することができる。

- 3 この要綱の施行日において、第4条第1項第2号に規定する基本チェックリストについては現に既存するものがある場合は、第1号様式として使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正等した上、引き続きこれを使用することができる。

(その他)

- 3 別表第1（第4条関係）のイ（ア）において、川崎市外の指定事業者が当該事業者の所在する市町村の通所型従前相当サービスの指定事業者の場合は、この規定によらず、当該市町村の基準によるものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和7年1月6日から施行する。

別表第1（第4条関係）

（1）介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）

ア 訪問型サービス（第1号訪問事業）

（ア）介護予防訪問サービス（介護予防型）

指定事業者により実施する旧介護予防訪問介護の運営基準を緩和したサービス

（イ）介護予防訪問サービス（生活援助特化型）

指定事業者により実施する旧介護予防訪問介護の人員等を緩和した基準によるサービス

イ 通所型サービス（第1号通所事業）

（ア）介護予防通所サービス

指定事業者により実施する旧介護予防通所介護の運営基準を緩和した3時間以上のサービス

（イ）介護予防短時間通所サービス

指定事業者により実施する旧介護予防通所介護の人員等を緩和した基準による1.5時間以上のサービス

ウ その他生活支援サービス（第1号生活支援事業）

（ア）短期集中介護予防プログラム

第1号事業の対象者から介護予防ケアマネジメント実施者に対して、介護予防・生活支援サービス利用申出書（第4号様式）により利用申出があった場合に、市から委託を受けた短期集中介護予防プログラム事業者により実施するサービス

（イ）短期集中介護予防小規模多機能型生活支援サービス

第1号事業の対象者から介護予防ケアマネジメント実施者に対して、介護予防・生活支援サービス利用申出書（第4号様式）により利用

申出があった場合に、市から委託を受けた短期集中介護予防小規模多機能型生活支援サービス事業者により実施するサービス

エ 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

介護予防支援と同様の介護予防ケアマネジメント

（イ）介護予防ケアマネジメントＢ

緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、（ウ）介護予防ケアマネジメントＣに該当しないもの

（ウ）介護予防ケアマネジメントＣ

緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、総合事業実施要綱別表第１（１）ウに掲げる第１号生活支援事業その他市長が特に必要と認めたサービス等（以下「第１号生活支援事業等」という。）の開始時に行われる介護予防ケアマネジメント

（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

川崎市基本チェックリスト

被保険者番号		実施日	年 月 日（ ）	
ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
氏 名				
住所				本人連絡先 —
連絡先	氏名 (続柄)	電話	—	連絡可能な時間帯
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か月間で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)	1. 該当 0. 非該当
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

同意欄 介護保険事業の適切な運営と今後の介護予防ケアマネジメントに活用するため、この基本チェックリストの結果を、川崎市、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所その他関係する行政機関へ提供することに同意します。	
氏名（本人署名）	
実施地域包括支援センター：	実施者：

別添 1（第 4 条関係）

事業対象者に該当する基準

① 第 1 号様式の質問項目 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）
② 第 1 号様式の質問項目 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）
③ 第 1 号様式の質問項目 No. 11～12 までの 2 項目全てに該当	（低栄養状態）
④ 第 1 号様式の質問項目 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）
⑤ 第 1 号様式の質問項目 No. 16 に該当	（閉じこもり）
⑥ 第 1 号様式の質問項目 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）
⑦ 第 1 号様式の質問項目 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）

（注）

- 1 この表における該当（No. 12 を除く。）とは、第 1 号様式の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。
- 2 この表における該当（No. 12 に限る。）とは、 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ が 18.5 未満の場合をいう。

第2号様式（第6条関係）

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 年 月 日生			
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			
事業者名			
所在地 〒		電話番号 ()	
		事業所番号	
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者 (※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入)			
事業者名			
所在地 〒		電話番号 ()	
		事業所番号	
介護予防ケアマネジメントの開始日（変更の場合は変更日） 年 月 日			
事業所を変更する場合の事由等（※事業所を変更する場合のみ記入してください。）			
川崎市 区長			
上記の地域包括支援センター（居宅介護支援事業者）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			
氏 名		電話番号 ()	

注 1 太枠内のみ記入してください。

2 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しだい、速やかに区役所へ提出してください。なお、「事業対象者」手続きを行う場合は、本届出と併せて基本チェックリストの実施結果を提出してください。

3 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず区役所に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦全額自己負担していただくことがあります。

4 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。

第3号様式（第7条関係）

介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

被保険者氏名										被保険者番号									
フリガナ																			
										生年月日									
										年 月 日									
介護予防ケアマネジメントを依頼していた地域包括支援センター																			
事業者の事業所名										事業所の所在地 〒									
										電話番号 ()									
事業所番号										依頼届出年月日					年 月 日				
介護予防ケアマネジメントの依頼を終了した事由等																			
1 川崎市内の介護保険施設へ入所・入院するため																			
2 川崎市外の介護保険施設へ入所・入院するため																			
3 要介護（要支援）認定申請を行うため																			
4 その他()																			
										終了年月日					年 月 日				
(あて先)川崎市 区長																			
上記の地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメントの依頼を終了したことを届け出ます。																			
年 月 日																			
住所																			
被保険者										電話番号 ()									
氏名																			

注 1 太枠内のみ記入してください。
2 この届出書は、地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメント依頼を終了した事由が発生したとき、速やかに区役所へ提出してください。

第 4 号様式

介護予防・生活支援サービス利用申出書

(兼個人情報に関する同意書・重要事項説明書)

年 月 日

(宛先) 介護予防ケアマネジメント実施者

申出者 住所

氏名 _____ 電話 () _____

次の介護予防・生活支援サービスの利用を申し出ます。

また、サービスの提供に必要な個人情報の利用及びサービス提供に関する重要事項（裏面）について同意します。

利 用 者	住 所	川崎市 区										電話	()	
	フリガナ 氏 名		生年月日			大正・昭和 年 月 日								
	介護保険 被保険者番号													
該当するサービスに<u>チェック</u>☒してください。 ☐かわさき健幸UP！！プログラム（事業所名： ） ☐あんしん暮らしサポート（事業所名： ）														
要支援区分等		☐ 事業対象者 ☐ 要支援（ 1・2 ） ☐ 申請中												
介護予防ケアマネジメント実施者（地域包括支援センター）記入欄														
地域包括支援センター： 電話 () 担当者														
利用者の目標等を踏まえた総合的な方針：														
支援期間：														

サービス提供に必要な個人情報の利用

利用者の状況に応じた適切な在宅サービスを提供するため、利用者基本情報（住所・氏名・性別・生年月日・電話番号・世帯状況・介護認定に係る主治医意見書の内容）及びサービス提供内容（サービス内容・個別サービス計画等）について、地域包括支援センター、サービス事業者、その他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。

サービス提供に関する重要事項

1 サービス提供時間帯

- (1) かわさき健幸UP!!プログラム
原則平日 9:00～17:00
- (2) あんしん暮らしサポート
原則平日 10:00～16:00

2 利用料金

- (1) かわさき健幸UP!!プログラム
無料（但し、教材費等実費が生じる場合があります。）
- (2) あんしん暮らしサポート
 - ① あんしん暮らしサポート（基本サービス部分）
無料（但し、活動・参加支援等において、実費負担が生じる場合があります。）
 - ② 健幸UP!!サポート（市の要綱で定める要件を満たし、必要性が認められた方）
月あたり千円

3 個別サービス計画

介護予防・生活支援サービスの提供について、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、介護予防・生活支援サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した個別サービス計画を作成します。

4 サービス提供期間

- (1) かわさき健幸UP!!プログラム
概ね3ヶ月 12回程度
(※) 個別サービス計画の目標達成に必要と認められた場合には24回程度まで延長
- (2) あんしん暮らしサポート
 - ① あんしん暮らしサポート（基本サービス部分）
概ね6か月
(※) 個別サービス計画の目標達成に必要と認められた場合には再度利用が可能
 - ② 健幸UP!!サポート（市の要綱で定める要件を満たし、必要性が認められた方）
かわさき健幸UP!!プログラムの利用期間のうち、必要と認められた期間

5 サービス提供の終了

個別サービス計画で定めたサービス提供期間を目安として、目標の達成状況を評価し、サービスの目的を達成したと判断された場合には、サービスが終了となります。なお、個別サービスで予定していたサービス提供期間よりも早く目標を達成した場合には、その時点でサービスが終了となる場合があります。

また、死亡、入院等によってサービス継続が不能となった場合の他、要介護認定を受け介護給付サービスの利用を開始する等、市の要綱で定める要件を満たさなくなった場合には、サービス提供を終了します。

6 秘密の保持と個人情報の保護

サービス事業者は、サービス提供を通じて取得した個人情報について、情報セキュリティに関する法令の他、介護保険法、個人情報保護法、川崎市情報セキュリティ基準、関連する実施手順等を遵守し、適切な取扱いに努めます。

7 事故発生時の対応等

サービス事業者は、介護予防・生活支援サービスの実施に伴い、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。ただし、利用者に故意または過失が認められる場合には、損害賠償責任を減じる場合があります。