

{ 居宅介護支援事業所
居宅介護サービス事業所 } 様

新宮市健康福祉部健康長寿課長
(公印省略)

介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業対象者の取扱いの訂正について

平成28年10月14日に開催しました、介護予防・日常生活支援総合事業の事業所説明会にて説明しました総合事業に係る事業対象者の取扱いについて、内容を次のとおり訂正させていただきますので、よろしくお願いいたします。

記

●説明資料スライド番号 23

8. 窓口相談からサービス利用までの流れ(4)

事業対象者の決定要件

●新宮市におけるチェックリストでの事業対象者の判定においては、以下の条件を満たす者を、『事業対象者』とする。

<条件：以下3点すべてを満たす者>

①次ページ判定欄の診断①の基準に該当

※チェックリスト6～10番【運動】のうち、3個以上該当

②次ページ判定欄の診断④の基準に該当

※チェックリスト1～20番【日常生活】までのうち、10個以上該当

②次ページ判定欄の診断②、③、⑤、⑥、⑦のいずれかの基準に該当

※栄養・口腔・認知・閉じこもり・心の健康 の基準のうち、どれかが該当

●以上の記載がありましたが、新宮市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年告示第14号）第3条第1項第3号のとおりとします。

※新宮市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱 第3条第1項第3号

(3) 事業対象者 介護保険法施行規則第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）様式第1（以下「基本チェックリスト」という。）に記入された内容が同基準様式第2に掲げるいずれかの基準に該当した者をいう。

(様式第一)

記入日：平成 年 月 日 ()

氏名		住所		生年月日	
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

(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

(様式第二)

① 様式第一の質問項目No.1～20 までの20 項目のうち10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの5 項目のうち3 項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の2 項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの3 項目のうち2 項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20 までの3 項目のうちいずれか1 項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25 までの5 項目のうち2 項目以上に該当

(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、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が18.5 未満の場合をいう。

●基本チェックリストの留意事項

(介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン抜粋)

「表8 事業対象者に該当する基準」のある1つの基準のみに該当（例えば「口腔機能の低下」のみに該当）した場合でも、介護予防ケアマネジメントにおいてアセスメントを行い、該当した基準の項目に関係なく、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定等を行い、必要なサービスにつなげる。

※表8とは様式第二を指す。

■基本チェックリストは、高齢者が自身の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかチェックするためのツールです。

■基本チェックリストは、チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定します。

質問項目に対し、高齢者自身が答えることで、自身では気づきにくい心身の衰えやリスクなどを把握し、在宅での生活を維持するための生活支援サービスや介護予防などに早期につなげることを目的としています。

■基本チェックリストは、事業対象者に該当したことのみをもって、サービスを提供できるものではありません。

適切な介護予防ケアマネジメントにもとづき、アセスメントを行い必要なサービスにつなげるようにしてください。