

伊勢原市介護予防事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の38第1項第1号に規定する地域支援事業のうち、介護予防事業の実施について必要な事項を定めるものとする。

(事業の種類)

第2条 実施する事業の種類は、次のとおりとする。

- (1) 二次予防事業の対象者把握事業
- (2) 通所型介護予防事業
- (3) 訪問型介護予防事業
- (4) 二次予防事業評価事業
- (5) 介護予防普及啓発事業
- (6) 地域介護予防活動支援事業
- (7) 一次予防事業評価事業

(二次予防事業の対象者把握事業)

第3条 二次予防事業の対象者把握事業は、二次予防事業の対象者（介護予防上支援が必要と認められる高齢者をいう。以下同じ。）を把握するため、市内に居住する65歳以上のものを対象とし、基本チェックリスト（第1号様式）により生活機能に関する状態を聴取し、事業を実施する。

(通所型介護予防事業)

第4条 通所型介護予防事業は、二次予防事業の対象者把握事業により把握された転倒、低栄養、口腔機能低下等のおそれがある者を対象とし、運動器の機能向上、栄養の改善及び口腔機能の向上を目的とした実習を中心とした事業を実施する。

(訪問型介護予防事業)

第5条 訪問型介護予防事業は、二次予防事業の対象者把握事業により把握された閉じこもり、認知症、うつ等のおそれがある者を対象とし、保健師等が居宅を訪問し、生活機能に関する問題を総合的に把握及び評価し、必要な相談及び指導を実施するとともに、前条に規定する通所型介護予防事業に誘導する。

(二次予防事業評価事業)

第6条 二次予防事業評価事業は、伊勢原市介護保険事業計画に照らした達成状況を検証し、二次予防事業対象者施策の事業評価を実施する。

(介護予防普及啓発事業)

第7条 介護予防普及啓発事業は、介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するため、パンフレットの作成及び配布又は保健師、栄養士又は歯科衛生士等による相談会若しくは講演会等を実施する。

(地域介護予防活動支援事業)

第8条 地域介護予防活動支援事業は、介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修、介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援等を実施する。

(一次予防事業評価事業)

第9条 一次予防事業評価事業は、前条のボランティア又は地域活動組織と密に連携を図る等の適切な過程を経て、介護予防普及事業及び地域介護予防活動支援事業を実施できているか否かを評価し、及び前2条に沿って実施する事業の回数、参加者数等の目標を設定し、その達成状況等の検証を通じ、一次予防事業対象者施策の事業評価を実施する。

(関係機関との協議及び連携)

第10条 この事業を円滑かつ効果的に推進するため、地域包括支援センターと協議するほか、福祉関係機関と組織的な連携を図り、必要な協力を得て実施する。

(委任)

第11条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

附 則 (平成24年8月22日告示第141号)

この告示は、公表の日から施行し、改正後の伊勢原市介護予防事業実施要綱の規定は、平成24年4月1日から適用する。

整理番号

【 6 5 歳 以 上 】

--	--	--	--	--	--	--	--

介護予防事業実施にあたり、基本健康診査結果及び基本チェックリストについて、介護高齢福祉課に情報提供します。
 介護予防が必要と判断された人の情報は、市委託の地域包括支援センターに提供します。
 地域包括支援センターから、介護予防事業を御紹介させていただくこともあります。
 上記の事項について同意します。

氏名	生年 月 日	明治 大正 昭和	職 業	有 ・ 無
----	-----------	----------------	--------	-------

基本チェックリスト

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)	
		0. はい	1. いいえ
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	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
13	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
14	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
15	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
16	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
17	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
18	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
19	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
20	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
21	(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
22	(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
23	(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
24	(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