

大口町告示第13号

大口町通所型サービスC事業実施要綱を次のように定める。

平成30年3月26日

大口町長 鈴木雅博

## 大口町通所型サービスC事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、大口町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年大口町告示第10号。以下「総合事業実施要綱」という。）別表 1第1号事業の表に規定する通所型サービスC事業（以下「通所型C」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 通所型Cの実施主体は、大口町（以下「町」という。）とする。ただし、事業を適切に遂行することができる者として、町が指定した法人その他団体（以下「サービス事業者」という。）に対しては、事業の全部又は一部を委託することができる。

(事業対象者)

第3条 通所型Cを利用できる者は、総合事業実施要綱第3条第1項第2号に定める者（以下「事業対象者」という。）とする。

(事業内容)

第4条 通所型Cは、運動機能向上教室及び認知機能向上教室とし、事業内容は次のとおりとする。

- (1) 運動機能の維持及び向上に関すること。
- (2) 認知機能の維持及び向上に関すること。
- (3) 嚥下<sup>えん</sup>機能の維持及び向上に関すること。
- (4) 口腔衛生に関すること。
- (5) 栄養改善に関すること。

2 通所型Cのサービスの利用期間は、利用者1人につき連続した6月とする。

3 通所型Cのサービスの実施回数は、1月につき8回以上とし、1回当たりおおむね90分とする。

4 通所型Cのサービス事業者は、理学療法士又は作業療法士、歯科衛生士等の専門職による指導を月1回以上受けなければならない。

- 5 通所型Cの利用を終了した者が再び通所型Cのサービスを受ける場合は、原則として直前に受けた通所型Cのサービス終了後6月を経過した後でなければ、通所型Cのサービスを受けることができないものとする。

(利用申請及び決定)

第5条 通所型Cを利用しようとする者は、大口町通所型サービスC事業利用申請書(様式第1。以下「申請書」という。)を町長に提出しなければならない。

- 2 町長は、前項の申請書を受理したときは、速やかに当該事業の利用の適否、利用料等を決定し、大口町通所型サービスC事業利用決定(却下)通知書(様式第2)により申請者に通知するものとする。

- 3 町長は、前項の規定により通所型Cの利用を決定したときは、大口町通所型サービスC事業利用通知書(様式第3)に申請書の写しを添えて、サービス事業者及び大口町地域包括支援センター(以下「サービス事業者等」という。)へ通知するものとする。

(利用料)

第6条 通所型Cの利用料は、利用決定日における大口町介護保険条例(平成12年大口町条例第21号。以下「条例」という。)第4条に規定する保険料率に応じ、別表に定める額とする。ただし、通所型Cのサービス利用の中止又は取消があり、1月の利用回数が4回に満たないときは、別表に定める額にそれぞれ2分の1を乗じた額とする。

- 2 町長は、1月分の利用料を当該サービスの利用のあった月の翌月に請求するものとし、利用者は請求のあった月の月末までに利用料を支払わなければならない。

- 3 利用者は、サービス事業者から利用者の自宅等から通所型Cの実施場所への通所費用又は介護予防に要する材料費等の請求を受けたときは、直接、サービス事業者にこれを支払わなければならない。

(サービス利用の中止)

第7条 利用者は、体調不良等により通所型Cを利用することができないときは、大口町通所型サービスC事業利用中止申出書(様式第4。以下「中止申出書」という。)により町に申し出ることができる。

- 2 通所型Cの利用中止は利用期間内に1回までとし、その中止期間は3月を限度とする。
- 3 前項の中止期間は、第4条第2項に規定する利用期間から除外する。
- 4 町長は、サービス事業者等に利用者から中止申出書の提出があった旨を通知するものとする。

(サービス利用の取消)

第8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、通所型Cの利用を取り消すことができる。

- (1) 転出又は死亡等により通所型Cの利用の必要がなくなったとき。
- (2) 介護保険法（平成9年法律第123号）第19条に定める要支援又は要介護の認定を受けたとき。
- (3) 第6条に定める利用料を支払わないとき。
- (4) 正当な理由なく通所型Cの利用回数が少ないとき。
- (5) サービスの利用中止期間満了後も通所型Cの利用が困難なとき。
- (6) 他の利用者又はサービス事業者の職員等に危害を加えたとき。
- (7) その他町長が利用を継続することがふさわしくないと判断したとき。

- 2 町長は、前項の規定により通所型Cの利用を取り消すときは、利用者に大口町通所型サービスC事業利用取消通知書（様式第5）により通知するとともに、サービス事業者等に利用を取り消した旨を通知するものとする。

(実績報告及び請求)

第9条 サービス事業者は、大口町通所型サービスC事業利用状況報告書（様式第6。以下「利用状況報告書」という。）により、毎月の利用状況を翌月の10日までに町長へ提出しなければならない。

(事業費の請求)

第10条 サービス事業者は、前条の利用状況報告書の提出に合わせて、当該月の事業費を大口町通所型サービスC事業請求書（様式第7）により請求するものとする。

(評価)

第11条 大口町地域包括支援センターは、利用者の運動機能又は認知機能の向上の状況を把握するため、通所型Cのサービス開始から3月経過時に中間評価を、サービス期間満了時に最終評価を行い、大口町通所型サービスC事業利用者評価報告書（様式第8）により、町長へ報告するものとする。

（その他必要事項）

第12条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が定める。

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。

（準備行為）

2 利用申請その他必要な準備行為は、施行の日前においても行うことができる。

（大口町介護予防事業実施要綱の廃止）

3 大口町介護予防事業実施要綱（平成18年大口町告示81号）は、廃止する。

別表（第6条関係）

区 分	1月当たりの利用料
大口町介護保険条例第4条第1項第1号に定める者	0円
大口町介護保険条例第4条第1項第2号又は第3号に定める者	1,500円
大口町介護保険条例第4条第1項第4号から第8号までに定める者	2,000円
大口町介護保険条例第4条第1項第9号から第11号までに定める者	4,000円

様式第1（第5条関係）

年 月 日

大口町通所型サービスC事業利用申請書

大口町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

大口町通所型サービスC事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

なお、月額利用料の決定及び当該事業の利用に際し、介護保険料段階等の個人情報  
報の利用すること並びに町が事業を委託したサービス事業者及び大口町地域包括支  
援センターへ個人情報を提供することに同意します。

記

教室名	運動機能向上教室 ・ 認知機能向上教室			
治療状況	医療機関		診療科	
	通院回数	月	回程度	服薬
	疾病等名	あり・なし		
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	
備考				
地域包括支援センター 意見（担当 ）				

○大口町記入欄

介護保険料段階	第	段階	月額利用料	円
---------	---	----	-------	---

第 年 月 日  
号 日

様

大口町長



大口町通所型サービスC事業利用決定（却下）通知書

年 月 日付で申請された大口町通所型サービスC事業の利用申請については、大口町通所型サービスC事業実施要綱第5条第2項の規定により、下記のとおり決定（却下）したので通知します。

記

1. 利用決定内容

教室名称	運動機能向上教室 ・ 認知機能向上教室
利用期間	年 月 日～ 年 月 日
月額利用料	円

2. 申請を却下する理由



様式第3（第5条関係）

第 年 月 日 号

サービス提供事業者及び  
大口町地域包括支援センター 様

大口町長



大口町通所型サービスC事業利用通知書

年 月 日付で下記の者から申請のあった大口町通所型サービスC事業の利用申請については、サービスの利用を決定したので、大口町通所型サービスC事業実施要綱第5条第3項の規定により、申請書の写しを添えて通知します。

記

申請者氏名	
申請者住所	
教室名称	運動機能向上教室 ・ 認知機能向上教室
利用期間	年 月 日～ 年 月 日

様式第4（第7条関係）

大口町通所型サービスC事業利用中止申出書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

大口町通所型サービスC事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり通所型サービスC事業の利用中止を申し出ます。

記

- 1 教室の名称  
運動機能向上教室 ・ 認知機能向上教室
- 2 停止期間  
年 月 日～ 年 月 日
- 3 利用を中止したい理由

第 号  
年 月 日

様

大口町長



大口町通所型C事業利用取消通知書

大口町通所型サービスC事業実施要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり通所型サービスC事業の利用を取り消します。

記

1 教室の名称  
運動機能向上教室 ・ 認知機能向上教室

2 取消決定日  
年 月 日

※取消決定日以降は通所型サービスC事業を利用することはできません。

3 取消理由

様式第6（第9条関係）

大口町通所型サービスC事業利用状況報告書

年 月 日

大口町長 様

(サービス提供事業者 所在地及び名称)

㊟

大口町通所型サービスC事業の利用状況を下記のとおり報告します。

記

教室名称	運動機能向上教室 ・ 認知機能向上教室
実施年月	年 月分
当月実施回数	回
当月利用実人数	合計 人（男性 人・女性 人）
上記のうち、当月の利用が4回に満たない者の実人数	合計 人（男性 人・女性 人）

様式第7条（第10条関係）

大口町通所型サービスC事業請求書

年 月 日

大口町長 様

(サービス提供事業者 所在地及び名称)

㊞

大口町通所型サービスC事業の委託料を下記のとおり請求します。

記

年 月利用分

請求額 金 円

(請求内訳)

項目	金額	備考
月額委託料(定額)	円	
超過人数( 人)	円	
合計	円	

大口町長 様

大口町地域包括支援センター  
管理者



大口町通所型C事業利用者評価報告書

1. 利用者情報

教室名称	運動機能向上教室 ・ 認知機能向上教室
利用者氏名	
利用者住所	
利用期間	年 月 日～ 年 月 日
評価種別	中間評価 ・ 最終評価

2. 個別評価

評価項目	利用開始時	評価時
上肢筋力		
下肢筋力		
日常生活動作		
作業的日常生活動作		
嚥下機能		
口腔衛生状況		
知的能力		
主観的健康観		
総合評価		

3. 目標に対する達成状況及び今後の方針等

項 目	記 入 欄
個人の目標	
目標の達成状況	
目標が達成しない 原因及び理由	
今後の方針・指導	