

**向日市介護予防・日常生活支援総合事業**

## **新設事業所説明会資料**

日時 平成28年12月20日（火） 10:00～11:30

場所 福祉会館3階大会議室



向日市健康福祉部高齢介護課

**平成28年12月20日現在**

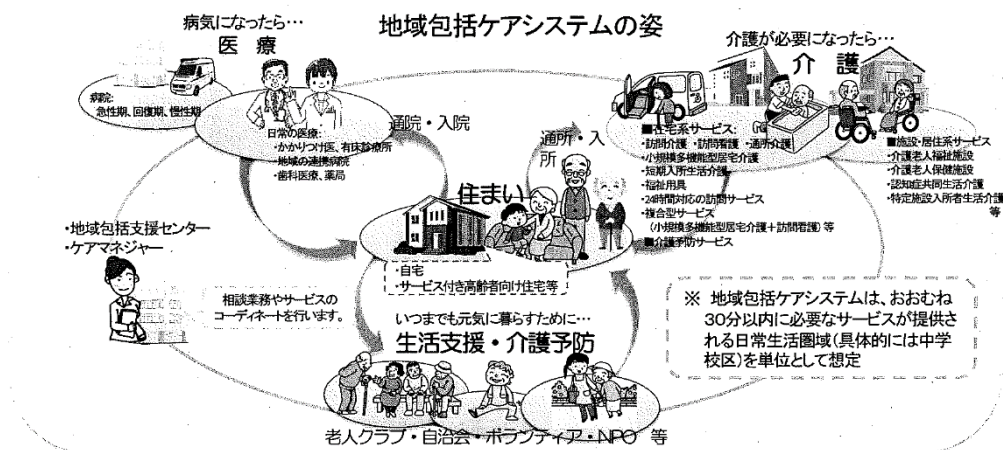
# 目 次

1	新しい総合事業の概要（国の考え方） .....	1
2	向日市が目指す新しい総合事業 .....	4
3	対象者 .....	9
4	訪問型・通所型サービスの内容・基準・単価等 .....	11
5	事業所指定 .....	21
6	介護予防ケアマネジメント .....	32
7	本市に居住する他市町村の被保険者への対応 .....	41
8	一般介護予防事業 .....	42
9	スケジュール等 .....	43
10	指定申請に係る様式 .....	45

# 1 新しい総合事業の概要（国の考え方）

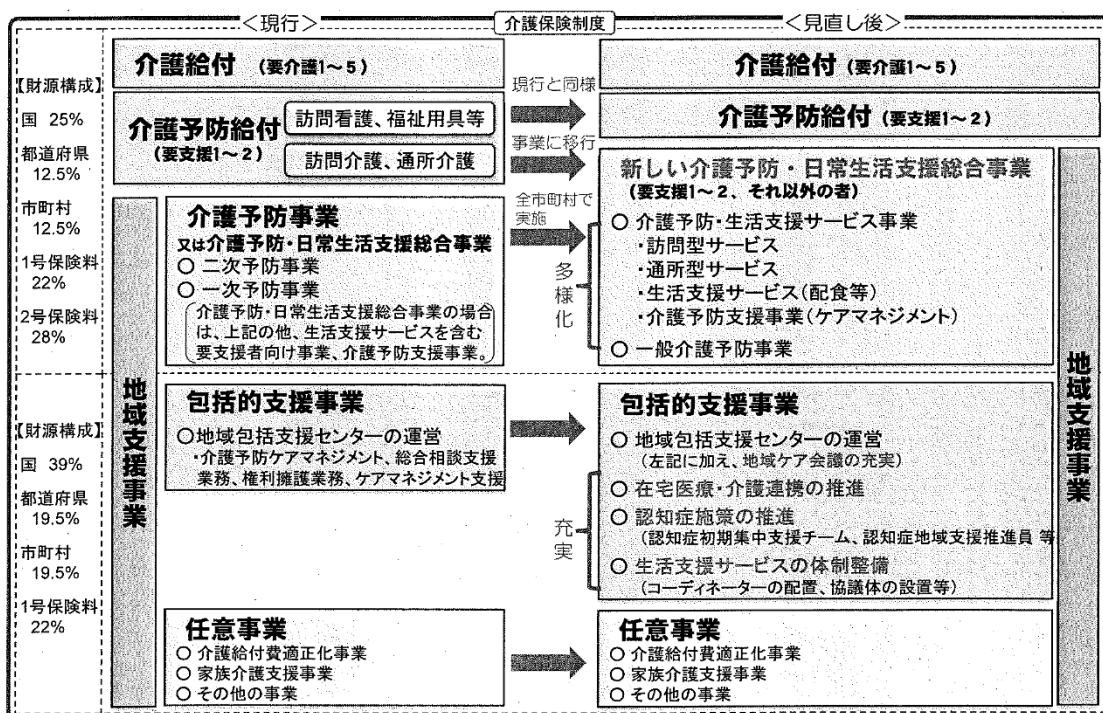
## (1) 新しい総合事業の趣旨

総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。



(2)「予防給付」の見直しと新しい総合事業

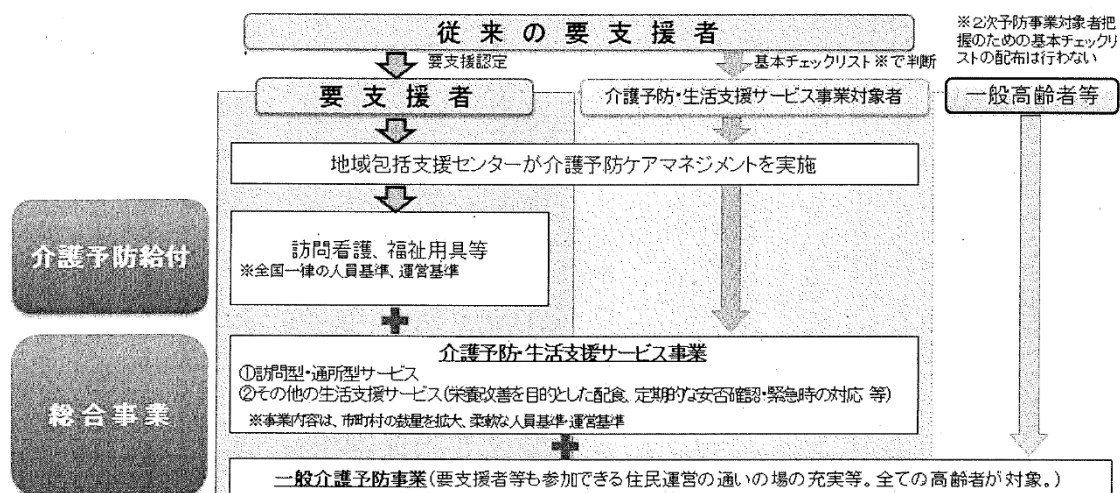
- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援





### (3) 新しい総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き予防給付によるサービス提供を継続することとなります。
- 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略し、基本チェックリストで判定することによって、「介護予防・生活支援サービス事業対象者」として迅速なサービス利用が可能になります。
- 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行っていただきます。



## 2 向日市が目指す新しい総合事業

### (1) 基本的な考え方

#### 目指す姿

- 住み慣れた地域で高齢者がいきいきと安心して暮らせるまち

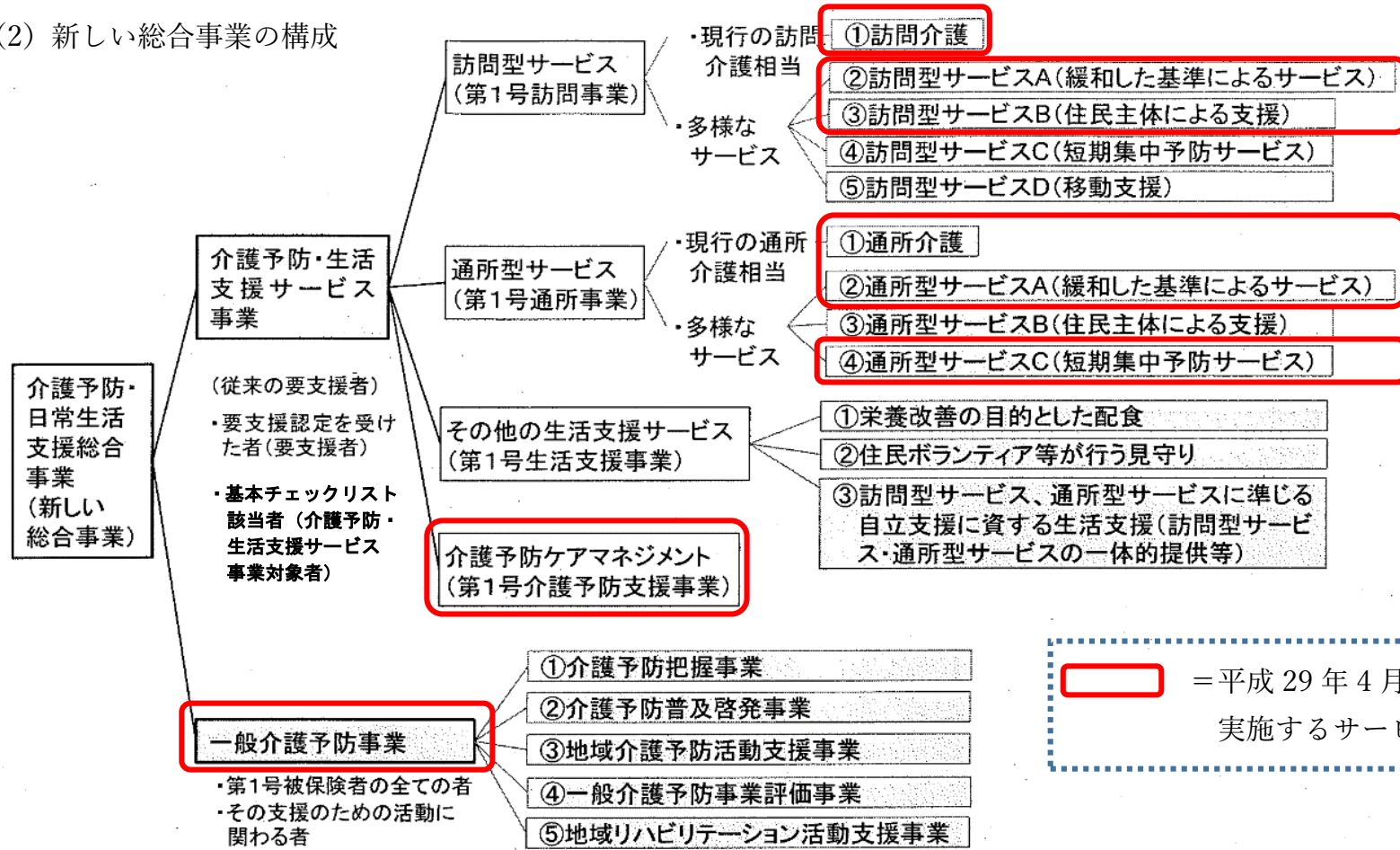
#### 本市の総合事業の基本的な考え方

- 高齢者の自立した生活を支援するため介護予防事業を推進します。
- 専門的な身体介護を含むサービスは引き続き、介護職により行います。
- 掃除、買物といった生活支援や機能訓練を中心とした短時間のデイサービスは多様な担い手の参画を進めます。
- 高齢者をはじめ、市民の皆様が担い手になっていただけるサービスを推進します。

#### 実施時期

平成 29 年 4 月

(2) 新しい総合事業の構成



(3) 訪問型サービスのメニュー

サービス	現行の予防相当	多様なサービス	
種別	①現行相当サービス	②訪問型サービスA <b>新規</b> (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB <b>新規</b> (住民主体による支援)
事業名	介護予防ヘルプサービス	生活支援ヘルプサービス	地域支え合いヘルプサービス
内容等	●身体介護 入浴介護など	—	—
	●生活援助 掃除、洗濯、買物など	●生活援助 掃除、洗濯、買物など	●生活援助 掃除、洗濯、買物など
			●生活援助 草抜き、簡易な修繕、ゴミ出しなど
実施方法	事業者指定	事業者指定	委託

(4) 通所型サービスのメニュー

サービス	現行の予防相当	多様なサービス	
種別	①現行相当サービス	②通所型サービスA <b>新規</b> (緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスC <b>新規</b> (短期集中予防サービス)
事業名	介護予防デイサービス	短時間デイサービス	短期集中通所サービス
サービス内容等	●現行の通所介護と同様	●機能訓練：必須 ●入浴、送迎：選択制	●運動、口腔、栄養プログラム (検討中)
	原則 3 時間以上／回	3 時間未満／回	3 か月～6 か月／クール
実施方法	事業者指定	事業者指定	委託

## 【本市の高齢者を取り巻く現状】

本市では、高齢者の健康状態や日常生活を営むにあたってのニーズ等を把握するために、平成 28 年 7 月、市内に暮らす 3,100 人の高齢者を対象にアンケート調査を実施しました。

その結果、要介護（要支援）認定を受けておられない高齢者の方の約 8 割は、健康でいきいきと過ごされている姿がわかりました。

また、要支援認定を受けておられる方では、掃除や買物、草木の手入れなどの生活援助を望まれている姿がわかりました。

### （1）高齢者一般 ～要支援・要介護認定を受けていない満 65 歳以上の被保険者～

- ・ **自分は健康だと思う？**  
とても健康(10.9%)、まあまあ健康(64.2%)
- ・ **自分の考えをうまく伝えられる？**  
伝えられる(85.6%)
- ・ **5分前のことが思い出せる？**  
はい(83.2%)、いいえ(14.8%)
- ・ **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と言われる？**  
いいえ(88.8%)、はい(9.3%)
- ・ **家事における困りごと**  
掃除(9.9%)、買い物(5.1%)、洗濯(4%)、ゴミ出し(3.9%)

### （2）在宅者 ～要支援認定を受けている被保険者～

- ・ **家事全般ができていますか？**  
できている(48.5%)、できていない(46%)
- ・ **家事で困っていることはどんなこと？**  
家具の移動(54%)、簡易な修繕(42.1%)、掃除(40.6%)  
庭の手入れ(33.2%)、買い物(31.7%)
- ・ **現在利用中の訪問介護サービス**  
清掃・ゴミ出し(63.5%)、買物代行(23.1%)
- ・ **今後利用したい訪問介護サービス**  
清掃・ゴミ出し(44.2%)、買物代行(17.3%)
- ・ **現在利用中もしくは利用したいサービスと同じサービスを、ボランティアや NPO 等が安価で柔軟に提供してくれるとしたら利用したいですか？**  
訪問：したい(46.2%)、したくない(36.5%)  
通所：したい(49.4%)、したくない(30.4%)
- ・ **介護保険サービス全体で、住民やボランティアによる家事支援、支え合い、困りごとについての支援などを受けたいですか？**  
ぜひ受けたい(3%)、どちらかといえば受けたい(13.9%)  
あまり受けたくない(20.8%)、絶対に受けたくない(3.5%)  
わからない・不明・無回答(59%)
- ・ **現在利用している介護保険外のサービス**  
配食(8.9%)、草木・庭木の手入れ(7.9%)、健康づくり教室(6.4%)  
清掃(5.9%)、利用していない(18.8%)
- ・ **自立した生活のためにあればいいと思う介護保険外サービスや地域の支え合い**  
草抜き・庭木の手入れ(14.4%)、清掃(12.4%)  
家の小規模修理(12.4%)、電球や灯油の交換(10.4%)  
買物代行(9.9%)、配食(9.9%)

「向日市介護予防・日常生活支援総合事業及びこうふくプラン向日に係るアンケート（抜粋）」

要支援者のサービス利用状況等

■訪問介護における利用サービス (n=52)

(単位：%)

食事の支度や片付け	7.7
洗濯	5.8
清掃、ゴミ出し	63.5
買物の付添い	3.8
買物の代行	23.1
衣類の整理、被服の補修	1.9
服薬の介助	1.9
生活に関する相談・助言	1.9
食事の介助	3.8
入浴の介助	5.8
通院の付添い	1.9
排泄の介助	1.9
その他	5.8
不明・無回答	21.2

■訪問介護における利用回数 (n=52)

(単位：%)

週1回以下	46.2
週2回	19.2
週3回	9.6
週4回以上	1.9
不明・無回答	23.1

■通所介護における利用サービス/希望サービス (n=79)

(単位：%)

	利用	希望
体操	63.3	51.9
機械を使ったトレーニング	46.8	41.8
合唱やカラオケ	24.1	26.6
折り紙等の手作業	21.5	19.0
入浴	40.5	39.2
食事やおやつ	49.4	40.5
仲間との交流	39.2	40.5
その他	5.1	1.3
不明・無回答	6.3	13.9

■通所介護における利用回数 (n=79)

(単位：%)

週1回	31.6
週2回	49.4
週3回	7.6
週4回以上	5.1
不明・無回答	6.3

■通所介護における利用時間 (n=79)

(単位：%)

朝から夕方 (1日)	44.3
午前又は午後 (半日)	48.1
不明・無回答	7.6

■介護保険以外のサービスでどのようなサービスや地域の  
支え合いがあればいいと思うか (n=202)

(単位：%)

食事の支度や片付け	6.4
弁当などの配食	9.9
買物 (移動販売・通信販売等による宅配)	9.4
洗濯	5
布団干し	7.4
清掃	12.4
ゴミ出し	6.4
郵便物の整理	2
障子の張り替え	6.9
草抜き・庭木の手入れ	14.4
電球や灯油の交換	10.4
外出の際の送迎	8.9
家の小規模修理	12.4
病院への付添い	7.4
市役所や銀行・郵便局等への付添い	6.9
サロンなどの交流会や会食会	5.9
健康づくりのための教室	6.4
生活に関する相談・話相手	7.4
見守り・安否確認	8.9
その他	2
介護保険以外のサービスは利用していない	6.9
不明・無回答	48.5

### 3 対象者

#### (1) 対象者

##### ア 介護予防・生活支援サービス事業

- ① 要支援者（認定有効期間の開始年月日が平成29年4月1日以降の方）
- ② 事業対象者（基本チェックリスト該当者）※有効期間なし

<ul style="list-style-type: none"> <li>●現在、「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」のサービスを受けている方は、原則として、平成29年4月以降の認定更新時等に、順次、総合事業のサービス利用に移行し、引き続き訪問介護等を受けていただくことができます。</li> <li>●平成29年4月より前から「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」を利用する要支援者には、原則として、平成29年4月以降も認定更新までは、現在の予防給付（介護予防訪問介護・介護予防通所介護）のサービスを提供します。</li> <li>●ただし、平成29年4月以降であれば、認定更新時期の到来前でも、本人の希望により、総合事業のサービス利用への移行が可能です。</li> <li>●平成29年4月以降に新規認定又は認定更新等により要支援認定を受けた方には、予防給付（介護予防訪問介護・介護予防通所介護）ではなく総合事業のサービスを提供します。</li> </ul>
--

<認定更新の場合の総合事業への移行について（例）>

	平成29年												平成30年							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5			
	▼総合事業スタート												▼完全移行							
①認定有効期限 H29.3末	予防給付			総合事業																
②認定有効期限 H29.4末	予防給付				総合事業															
③認定有効期限 H30.2末	予防給付（平成29年4月以降、総合事業に移行可能）														総合事業					

※原則として、認定有効期限の更新時に、順次、総合事業のサービス利用に移行します。

※認定更新で総合事業に移行する際の基本チェックリストの実施は、平成29年2月からとなります。（新規利用のための基本チェックリストの実施は、平成29年4月からとなります。）

##### イ 一般介護予防事業

第1号被保険者全ての方

## (2) 利用手続

国が示す利用手続及び基本チェックリストは、下図のとおりです。

本市の利用手続及び基本チェックリストの運用等については、現在調整中です。

### <総合事業実施後の利用手続>

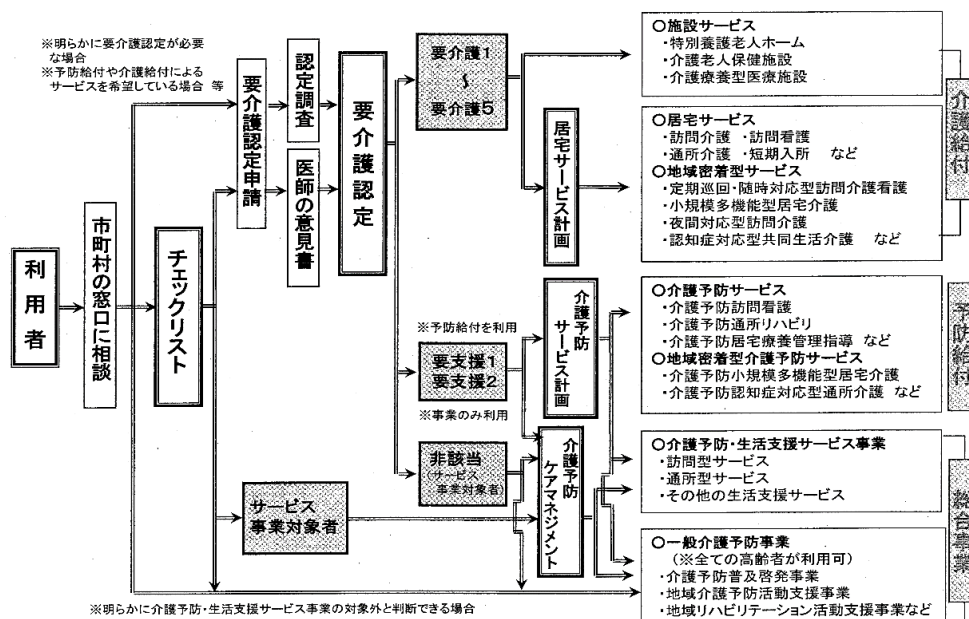


表7 基本チェックリスト様式

記入日：平成 年 月 日 ( )

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	お茶や汗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云われますか	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くなくなった	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

表8 事業対象者に該当する基準

- ① 様式第一の質問項目№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№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№11～12の2項目のすべてに該当
- ④ 様式第一の質問項目№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№16に該当
- ⑥ 様式第一の質問項目№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№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 = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合をいう。



#### 4 訪問型・通所型サービスの内容・基準・単価等

##### (1) 訪問型サービス

##### ア サービスの内容(案)

サービス	現行の予防相当	多様なサービス	
事業名	介護予防ヘルプサービス	生活支援ヘルプサービス <b>新規</b> (緩和した基準によるサービス)	地域支え合いヘルプサービス <b>新規</b> (住民主体による支援)
サービス内容	●身体介護(入浴介護など) 予防給付で提供されている内容と同様		
	●生活援助(掃除、洗濯など) 予防給付で提供されている内容と同様	●生活援助のみ(掃除、洗濯など) 予防給付で提供されている内容と同様	●生活援助(掃除、洗濯など) 予防給付で提供されている内容と同様 ●生活援助(ゴミ出しなど)
想定する対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既利用者で給付サービスの継続利用が必要な人</li> <li>・身体介護が必要な人</li> <li>・退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人</li> <li>・認知機能の低下が見込まれ、日常生活に支障を生じる可能性がある</li> </ul>	・身体介護を必要としないが、家事等の生活援助が必要な人	・一人暮らし高齢者や高齢者世帯などに対する地域における見守りや生活支援が必要な人
サービス提供時間	予防給付と同様	予防給付と同様	今後調整

イ 基準・サービス単価（案）

サービス	現行の予防相当			多様なサービス																											
種 別	介護予防ヘルプサービス			生活支援ヘルプサービス <b>新規</b>			地域支え合いヘルプサービス <b>新規</b>																								
人 員	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>配置要件</th> <th>必要な資格</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管 理 者</td> <td>常勤専従 1 ※1</td> <td>実務経験が概ね 2年以上</td> </tr> <tr> <td>サ ー ビ ス 提 供 責 任 者</td> <td>常勤の訪問介護員等の内利用者40人以上に1人以上 ※2</td> <td>次のいずれも該当する者 ①介護福祉士ほか厚生労働大臣が定める者 ②実務経験が概ね2年以上</td> </tr> <tr> <td>訪 問 介 護 員 等</td> <td>常勤換算 2.5以上</td> <td>介護福祉士又は政令で定める者（訪問介護員）</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1 支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能 ※2 一部非常勤職員も可能</p>				配置要件	必要な資格	管 理 者	常勤専従 1 ※1	実務経験が概ね 2年以上	サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	常勤の訪問介護員等の内利用者40人以上に1人以上 ※2	次のいずれも該当する者 ①介護福祉士ほか厚生労働大臣が定める者 ②実務経験が概ね2年以上	訪 問 介 護 員 等	常勤換算 2.5以上	介護福祉士又は政令で定める者（訪問介護員）	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>配置要件</th> <th>必要な資格</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管 理 者</td> <td>常勤専従 1 ※1</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>訪 問 業 務 責 任 者</td> <td>1人以上 ※2</td> <td>次のいずれかに該当する者 ①介護福祉士ほか厚生労働大臣が定める者 ②訪問介護事業所での実務経験を概ね3年以上有し、介護職員初任者研修と同等の能力を有すると認められる者</td> </tr> <tr> <td>従 事 者</td> <td>必要数</td> <td>介護福祉士又は政令で定める者（訪問介護員）</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1 支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能 ※2 サービス提供責任者の資格要件を緩和した上で、同様の職務に当たる者</p>				配置要件	必要な資格	管 理 者	常勤専従 1 ※1	なし	訪 問 業 務 責 任 者	1人以上 ※2	次のいずれかに該当する者 ①介護福祉士ほか厚生労働大臣が定める者 ②訪問介護事業所での実務経験を概ね3年以上有し、介護職員初任者研修と同等の能力を有すると認められる者	従 事 者	必要数	介護福祉士又は政令で定める者（訪問介護員）	今後調整
		配置要件	必要な資格																												
	管 理 者	常勤専従 1 ※1	実務経験が概ね 2年以上																												
	サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	常勤の訪問介護員等の内利用者40人以上に1人以上 ※2	次のいずれも該当する者 ①介護福祉士ほか厚生労働大臣が定める者 ②実務経験が概ね2年以上																												
訪 問 介 護 員 等	常勤換算 2.5以上	介護福祉士又は政令で定める者（訪問介護員）																													
	配置要件	必要な資格																													
管 理 者	常勤専従 1 ※1	なし																													
訪 問 業 務 責 任 者	1人以上 ※2	次のいずれかに該当する者 ①介護福祉士ほか厚生労働大臣が定める者 ②訪問介護事業所での実務経験を概ね3年以上有し、介護職員初任者研修と同等の能力を有すると認められる者																													
従 事 者	必要数	介護福祉士又は政令で定める者（訪問介護員）																													
設 備	①事務室（7.4㎡以上）、相談スペース（必要な広さ） ②その他必要な設備			①事務室（必要な広さ） ②その他必要な設備			今後調整																								
単 価 設 定 の 単 位	1月当たり（1回当たり）			1月当たり（1回当たり）			1回当たり																								
単 位	<table border="1"> <thead> <tr> <th>頻度</th> <th>月単位</th> <th>1回当単位</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週1回程度</td> <td>1,168</td> <td>266※1</td> </tr> <tr> <td>週2回程度</td> <td>2,335</td> <td>270※2</td> </tr> <tr> <td>週2回以上</td> <td>3,704</td> <td>285※3</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1 月合計4回が限度 ※2 月合計8回が限度 ※3 月合計12回が限度</p>			頻度	月単位	1回当単位	週1回程度	1,168	266※1	週2回程度	2,335	270※2	週2回以上	3,704	285※3	<table border="1"> <thead> <tr> <th>頻度</th> <th>月単位</th> <th>1回当単位</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週1回程度</td> <td>988</td> <td>225</td> </tr> <tr> <td>週2回程度</td> <td>1,972</td> <td>228</td> </tr> <tr> <td>週2回以上</td> <td>3,132</td> <td>241</td> </tr> </tbody> </table>			頻度	月単位	1回当単位	週1回程度	988	225	週2回程度	1,972	228	週2回以上	3,132	241	今後調整
頻度	月単位	1回当単位																													
週1回程度	1,168	266※1																													
週2回程度	2,335	270※2																													
週2回以上	3,704	285※3																													
頻度	月単位	1回当単位																													
週1回程度	988	225																													
週2回程度	1,972	228																													
週2回以上	3,132	241																													
地 域 単 価	向日市の介護給付（訪問介護）の地域区分単価と同じ（10.42円）																														
自 己 負 担	介護給付と同じ（1割又は2割）						今後調整																								

イ 基準2 (案)

		訪問介護と訪問型サービスを一体的に実施する場合		
		配置要件	必要な資格	備考
人 員	管理者	常勤専従 1 ※ 1	実務経験が概ね 2 年以上	
	サービス提供責任者	常勤の訪問介護員等の内利用者 40 人に 1 人以上 ※ 2。 訪問型サービス A の利用者に対しては、必要数。	次のいずれも該当する者 ①介護福祉士ほか厚生労働大臣が定める者 ②実務経験が概ね 2 年以上	・訪問介護及び現行相当サービスについては、現在と同じ基準で配置。 ・訪問型サービス A は利用者数にかかわらず適切な人数を配置
	従事者	常勤換算 2.5 以上	介護福祉士又は政令で定める者 (訪問介護員)	・常勤換算 2.5 人以上を最低限の基準とし、利用者数にかかわらず適切な人数を配置
		※ 1 支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能		
		※ 2 一部非常勤職員も可能		
設 備	①事務室 (7.4 m <sup>2</sup> 以上)、相談スペース (必要な広さ) ②その他必要な設備			

(2) 通所型サービス

ア サービスの内容（案）

サービス	現行の予防相当	多様なサービス	
事業名	介護予防デイサービス	短時間デイサービス <b>新規</b> (緩和した基準によるサービス)	短期集中通所サービス <b>新規</b> (短期集中予防サービス)
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>●身体機能維持、向上のために</li> <li>・食事や入浴などの日常生活上の支援</li> <li>・生活機能向上のための機能訓練</li> <li>・口腔機能向上サービス</li> <li>・栄養改善向上サービス</li> <li>・生活機能向上グループ活動（交流等）</li> <li>・予防給付で提供されている内容と同様</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●生活機能維持、向上のために</li> <li>・生活機能向上のための機能訓練</li> <li>●入浴、送迎（いずれも選択制）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●運動機能維持向上のために</li> <li>●栄養改善・口腔機能向上のために</li> <li>・専門職による短期集中プログラムの実施</li> </ul>
想定する対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既利用者で給付サービスの継続利用が必要な人</li> <li>・食事・排泄・入浴・移動時等に状況確認や助言が必要な人</li> <li>・退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人</li> <li>・認知機能の低下が見込まれ、日常生活に支障を生じる可能性がある人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・閉じこもりがちな高齢者</li> <li>・社会参加を促し、交流を通じて心身の状態を改善・向上ができると思われる人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活機能の低下のおそれのある高齢者</li> </ul>

イ 基準（案）

サービス	現行の予防相当			多様なサービス			
事業名	介護予防デイサービス			短時間デイサービス <b>新規</b> (緩和した基準によるサービス)			短期集中通所サービス <b>新規</b> (短期集中予防サービス)
人員		配置要件	必要な資格		配置要件	必要な資格	現行の二次予防事業を移行予定
	管理者	常勤専従 1 ※ 1	実務経験が概ね 2 年以上	管理者	常勤専従 1 ※ 1	なし	
	生活相談員	1 以上（サービス提供時間分の配置）	次のいずれも該当する者 ①社会福祉法第 19 条第 1 項各号のいずれかに該当する者 又はこれと同等の能力を有すると認められる者 ②実務経験が 2 年以上	相談員 ※ 2	単位ごとに 1 以上	次のいずれかに該当する者 ①社会福祉法第 19 条第 1 項各号のいずれかに該当する者 又はこれと同等の能力を有すると認められる者 ②通所介護事業所での実務経験を概ね 3 年以上有し、①と同等の能力を有すると認められる者	
	機能訓練指導員	1 以上	次のいずれかに該当する者 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、(准)看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師	機能訓練指導員	1 以上	次のいずれかに該当する者 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、(准)看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師	
	看護職員	定員 11 人以上の場合 単位ごとに専従 1 以上	(准)看護師	看護職員	必要に応じて配置	(准)看護師	
	介護職員	～15 人：専従 1 以上 16 人～：専従 1 に加え、 15 人を超える利用者 1 人に専従 0.2 以上	なし	介護職員	～15 人：専従 1 以上 16 人～：専従 1 に加え、 15 人を超える利用者 1 人に専従 0.2 以上	なし	
	※ 1 支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能			※ 1 支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能 ※ 2 生活相談員の資格要件を緩和したうえで、同様の職務に当たる者			
設備	①事務室 (7.4 m <sup>2</sup> 以上)、食堂兼機能訓練室 (定員×3 m <sup>2</sup> )、相談室、静養室 ②その他必要な設備、耐震性の確保			①事務室 (必要な広さ)、食堂兼機能訓練室 (定員×3 m <sup>2</sup> )、相談室、静養スペース ②その他必要な設備、耐震性の確保			同上

イ 基準2 (案)

通所介護と通所型サービスを一体的に実施する場合

		配置要件	必要な資格	備考
人 員	管理者	常勤専従1 ※1	実務経験が概ね2年以上	
	生活相談員	1以上(サービス提供時間分の配置)	次のいずれも該当する者 ①社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者又はこれと同等の能力を有すると認められる者 ②実務経験が2年以上	・通所介護のサービス提供時間分の配置が必要
	機能訓練指導員	1以上	次のいずれかに該当する者 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、(准)看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師	
	看護職員	定員11人以上の場合単位ごとに専従1以上	(准)看護師	・訪問型サービスAの利用定員は除外し、通所介護及び現行相当サービスの利用定員が11人以上の場合は単位ごとに配置が必要
	介護職員	～15人：専従1以上 16人～：専従1に加え、15人を超える利用者1人に専従0.2以上	なし	・単位毎の利用者の合計数に対して、現在と同じ基準で必要な人数を計算
	※1 支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能			
設 備	①事務室(7.4㎡以上)、相談スペース(必要な広さ) ②その他必要な設備			

ウ サービス単価（案）

サービス	現行の予防相当				多様なサービス																																																			
事業名	介護予防デイサービス				短時間デイサービス <b>新規</b> (緩和した基準によるサービス)				通所型サービスC <b>新規</b> (短期集中予防サービス)																																															
単価設定の単位	1月当たり(1回当たり)				1月当たり(1回当たり)				現行の二次予防事業を移行予定																																															
単位	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">サービス提供時間</th> <th colspan="2">原則3時間以上</th> </tr> <tr> <th colspan="2">入浴の有無</th> <th>あり</th> <th>なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">月額(包括)報酬</td> <td>週1回</td> <td>1,647</td> <td>1,447</td> </tr> <tr> <td>週2回以上</td> <td>3,377</td> <td>2,977</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">1回当たり報酬</td> <td>週1回</td> <td>378</td> <td>332</td> </tr> <tr> <td>週2回以上</td> <td>389</td> <td>343</td> </tr> </tbody> </table>				サービス提供時間		原則3時間以上		入浴の有無		あり	なし	月額(包括)報酬	週1回	1,647	1,447	週2回以上	3,377	2,977	1回当たり報酬	週1回	378	332	週2回以上	389	343	<p>入浴あり</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">サービス提供時間</th> <th colspan="2">3時間未満</th> </tr> <tr> <th colspan="2">送迎の有無</th> <th>あり</th> <th>なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">月額(包括)報酬</td> <td>週1回</td> <td>1,377</td> <td>967</td> </tr> <tr> <td>週2回以上</td> <td>2,795</td> <td>1,979</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">1回当たり報酬</td> <td>週1回</td> <td>316</td> <td>222</td> </tr> <tr> <td>週2回以上</td> <td>322</td> <td>228</td> </tr> </tbody> </table>				サービス提供時間		3時間未満		送迎の有無		あり	なし	月額(包括)報酬	週1回	1,377	967	週2回以上	2,795	1,979	1回当たり報酬	週1回	316	222	週2回以上	322	228				
	サービス提供時間		原則3時間以上																																																					
	入浴の有無		あり	なし																																																				
	月額(包括)報酬	週1回	1,647	1,447																																																				
		週2回以上	3,377	2,977																																																				
	1回当たり報酬	週1回	378	332																																																				
		週2回以上	389	343																																																				
	サービス提供時間		3時間未満																																																					
	送迎の有無		あり	なし																																																				
	月額(包括)報酬	週1回	1,377	967																																																				
週2回以上		2,795	1,979																																																					
1回当たり報酬	週1回	316	222																																																					
	週2回以上	322	228																																																					
<p>※送迎加算は、上記の基本報酬に含む</p> <p>※1回当たり報酬の週1回の月の合計回数は4回が限度</p> <p>※1回当たり報酬の週2回以上の月の合計回数は8回が限度</p>				<p>入浴なし</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">サービス提供時間</th> <th colspan="2">3時間未満</th> </tr> <tr> <th colspan="2">送迎の有無</th> <th>あり</th> <th>なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">月額(包括)報酬</td> <td>週1回</td> <td>1,159</td> <td>749</td> </tr> <tr> <td>週2回以上</td> <td>2,361</td> <td>1,545</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">1回当たり報酬</td> <td>週1回</td> <td>266</td> <td>172</td> </tr> <tr> <td>週2回以上</td> <td>272</td> <td>178</td> </tr> </tbody> </table>				サービス提供時間		3時間未満		送迎の有無		あり	なし	月額(包括)報酬	週1回	1,159	749	週2回以上	2,361	1,545	1回当たり報酬	週1回	266	172	週2回以上	272	178																											
サービス提供時間		3時間未満																																																						
送迎の有無		あり	なし																																																					
月額(包括)報酬	週1回	1,159	749																																																					
	週2回以上	2,361	1,545																																																					
1回当たり報酬	週1回	266	172																																																					
	週2回以上	272	178																																																					
地域単価	向日市の介護給付(通所介護)の地域区分単価と同じ(10.27円)				—																																																			
自己負担	介護給付と同じ(1割又は2割)				今後調整																																																			

(3) 訪問型（通所型）サービスにおける加算・減算項目（案）

A. 訪問型サービス

No	加算・減算項目（案）	介護予防ヘルプ	生活支援ヘルプ
1	サービス提供責任者に関する減算	●	×
2	同一建物減算	●	●
3	初回加算	●	●
4	生活機能向上連携加算	●	●
5	介護職員処遇改善加算	●	●

B. 通所型サービス

No	加算・減算項目（案）	介護予防デイ	短時間デイ
1	利用者の数が利用定員を超える場合の減算	●	●
2	職員の員数が基準に満たない場合の減算	●	×
3	若年性認知症利用者受入加算	●	×
4	同一建物減算	●	×
5	生活機能向上グループ活動加算	●	●
6	運動器機能向上加算	●	●
7	栄養改善加算	●	●
8	口腔機能向上加算	●	●
9	選択的サービス複数実施加算	●	●
10	事業所評価加算	●	●
11	サービス提供体制強化加算	●	●
12	介護職員処遇改善加算	●	●
13	看護職員配置加算（独自加算）	×	●



#### (4) 指定サービスの報酬単価

- 算定単位が1月当たりの月額（包括）報酬を引き続き設定します。
- 総合事業における訪問型サービス、通所型サービスについては、異なる種類のサービスを組み合わせて利用することが可能です（それぞれ異なる指定事業所を利用することも可）。このため、1回当たり単価を新たに設定します。
- 通所型サービスについて、総合事業では週当たりの利用回数による報酬体系とします。

#### 《ポイント！》

- ① 報酬については原則月額報酬とし、1回当たり報酬については1か月のうちに訪問型サービス内、通所型サービス内で、異なる種類のサービスを組み合わせて利用する場合にのみ使用可能です。
- ② 組み合わせで利用する場合でも、1月の単位の合計が、高い方のサービスの月額報酬の単位を超えて利用することはできません。
- ③ 1つのサービスのみ利用するか、組み合わせで利用するかは、介護予防サービス・支援計画表の作成時に決定します。

#### (5) 留意事項

新たに創設したサービスの利用を希望しているにも関わらず、事業開始直後等で供給が十分になく、希望するサービスが利用できない場合には、現行相当のサービス等の利用も可とし、その際の報酬は実際に利用したサービスの報酬が適用されます。

#### 例) 地域支え合いヘルプサービスの供給が十分でない場合

代替として「生活支援ヘルプサービス」を利用する。その際、報酬は生活支援ヘルプサービスの報酬が適用される（更に、「生活支援ヘルプサービス」の供給も十分でない場合は、「介護予防ヘルプサービス」を利用し、その際は、介護予防ヘルプサービスの報酬が適用される）。

#### (6) 指定サービスの利用者負担

利用者負担は介護給付と同じ、サービス費用の1割（原則）又は2割（一定以上所得者）とします。

#### (7) 指定サービスの利用限度額

要支援認定を受けた方(要支援者)が総合事業を利用する場合には、現在適用されている予防給付の利用限度額の範囲内で、給付と総合事業を一体的に給付管理します。

基本チェックリストにより事業対象と判定された方(事業対象者)の利用限度額は、予防給付の要支援1と同じとします。

#### (8) 指定サービスの利用頻度

事業対象者は、利用限度額の範囲内で、必要なサービスを必要な回数利用できます。

#### (9) 請求に使用するサービスコードについて

詳細については、本市ホームページで改めてお知らせします。

## 5 事業所指定

### (1) 事業所の指定について

訪問型サービスと通所型サービスについては、委託型の事業を除き、事業者の申請に基づき、基準を満たした事業所に対して市長が指定を行います。

事業者は法人格が必要であり、また指定に当たっては、介護保険と同様の欠格事項を設ける予定です。

法人の定款については、目的欄に第1号事業（介護保険法第115条の4第1項第1号に規定する事業）を行うことの記載が必要です。

これまで介護予防訪問介護又は介護予防通所介護を実施していない法人が総合事業を新たに実施する場合は、指定日までに定款変更の手続きが必要となりますのでご注意ください。

また、これまで介護予防訪問介護又は介護予防通所介護を実施していた法人については、定款変更の手続きを速やかに進めてください。事業所指定の手続きの際に、定款に記載がない場合は、更新手続きができませんので、ご注意ください。

※1 従来の「介護予防訪問介護」・「介護予防通所介護」については、平成30年3月31日まで実施する可能性があるため、それまでは定款等から削除しないでください。

※2 定款等の変更にあたっては、所管する行政機関がある場合、事前に確認が必要です。

## (2) 指定方法について

向日市では平成29年4月1日の総合事業の開始に向けて、事業所の指定を次のとおり行います。

### ア 対象サービスごとの事業所の分類

指定申請の手続については以下の分類ごとに異なります。

#### 訪問型サービス

介護予防ヘルプサービス	既存事業所（平成27年3月31日以前に介護予防訪問介護の指定あり）	①
	既存事業所（平成27年4月1日以降に介護予防訪問介護の指定あり）	②
	新規事業所	③

生活支援ヘルプサービス	既存事業所（介護予防訪問介護の指定あり）	④
	新規事業所	⑤

#### 通所型サービス

介護予防デイサービス	既存事業所（平成27年3月31日以前に介護予防通所介護の指定あり）	⑥
	既存事業所（平成27年4月1日以降に介護予防通所介護の指定あり）	⑦
	新規事業所	⑧

短時間デイサービス	既存事業所（介護予防通所介護の指定あり）	⑨
	新規事業所	⑩

イ 既存事業所において現行相当サービスと緩和型サービスを実施する場合の申請

指定手続きの対象一覧	現行相当サービス	緩和型サービス
平成27年3月31日時点で介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けている事業所	申請不要 (みなし指定)	申請必要
平成27年4月1日以降に介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けた事業所	申請必要	申請必要

ウ みなし指定を受けている事業所の手続き

分類①⑥の事業所は、国制度において既にそれぞれ現行相当サービスの指定を受けているものとみなされています。そのため、現行相当サービスのみを実施する場合は、新たに指定申請を行う必要はありません。

平成29年4月1日以降総合事業を実施しない場合は、期日までに廃止・休止届出書の提出が必要です。

なお、みなし指定をうけている事業所が、緩和型サービスを実施する場合は、既存事業所として緩和型サービスの申請（分類④⑨）が必要となります。

● 廃止・休止届出書の提出について（平成28年度中廃止分）

提出書類：廃止・休止届出書

受付方法：持参又は郵送

受付期間：持参平成29年1月5日～平成29年1月31日（高齢介護課）

郵送平成29年1月5日～平成29年1月29日(当日消印有効)

注 意：郵送の場合は、総合事業廃止届在中と朱書きしてください。

本市が受け付けたことの確認が必要な場合は、副本と返信用封筒（郵便番号、住所、事業所名を記載し、切手を貼ったもの）を同封してください。後日、受付印を押印のうえ返送します。

## エ 既存事業所でみなし指定を受けていない事業所の手続き

分類②④⑦⑨の事業所が、平成29年4月1日から指定を受けようとする場合は、期日までに指定申請が必要です。

なお、平成29年4月1日以降に指定を受ける場合は、「オ 新規事業所（平成29年4月1日指定分）の手続き」に記載している流れや提出書類と同様になります。

### ● 指定申請書の提出について

提出書類：提出書類一覧表（p29）のとおり

受付方法：持参又は郵送

受付期間：持参平成29年1月5日～平成29年1月31日（高齢介護課）

郵送平成29年1月5日～平成29年1月29日(当日消印有効)

注 意：郵送の場合は、総合事業指定申請書在中と朱書きしてください。

本市が受け付けたことの確認が必要な場合は、副本と返信用封筒（郵便番号、住所、事業所名を記載し、切手を貼ったもの）を同封してください。後日、受付印を押印のうえ返送します。

### ● 審査等について

提出書類をもとに本市において審査のうえ、指定決定後に郵送で、指定書を交付（平成29年3月中旬予定）します。なお、提出書類の審査に加え、現地確認による計測や来課による資格証の原本確認・面接等が必要な場合は、改めて担当から連絡します。

## 才 新規事業所（平成29年4月1日指定分）の手続き

分類③⑤⑧⑩の事業所が、平成29年4月1日から指定を受けようとする場合は、事前相談のうえ、期日までに指定申請が必要です。

### ●事前相談日

日時：平成29年1月10日（火） 午後1時 ～ 午後5時

場所：向日市役所 本館3階 大会議室

注意：事前相談にお越しの際は、電話でご予約ください。

ご予約がない場合は、予約事業所の相談を優先させていただきます。

### ●事前相談から指定までの流れ

#### （ア）事前相談

事業者において、事前相談書類（p26）を作成のうえ、事前相談日にお越しいただき、事前相談を行っていただきます。

#### （イ）事前相談完了

事前相談書類を本市において確認後、後日申請が可能な旨を連絡します。

#### （ウ）申請・受付

事業者において、指定申請書及び添付書類を作成し、本市高齢介護課にお越しのうえ申請していただきます。

※明らかに指定基準を満たしていない場合や、提出書類に著しい不備がある場合については、受け付けずに再提出を求めますので、基準や必要書類等を事前に十分確認してください。

#### （エ）現地確認・審査

後日、現地確認及び資格職の面接・資格証の原本確認等を行ったうえで、本市において申請書類等の審査を行います。

#### （オ）指定

本市の審査終了後、指定書を交付します。

●提出書類

指定申請書および添付書類	事前相談	申請
各サービスの添付書類チェックシート		○
向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）指定申請書		○
各サービスの記載事項（付表）	○	○
申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等		○
管理者の経歴書		○
サービス提供責任者又は訪問事業責任者の経歴書【訪問型サービスのみ】		○
従業者の一覧表	○	○
従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○
従業者の資格を証する書類		○
事業所の平面図（面積・用途のわかるもの）	○	○
事業所の位置図	○	
事業所の設備等に係る一覧表【通所型サービスのみ】		○
建物の確認済証及び検査済証の写し【通所型サービスのみ】 ※	○	○
建物の外観及び内部の様子がわかる写真	○	
運営規程（料金表含む）		○
重要事項説明書		○
利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		○
サービス提供実施単位一覧表【通所型サービスのみ】		○
当該申請に係る資産の状況（直近の決算書、残高証明書、資産の目録、事業計画書、収支予算書、損害保険書の写し等）		○
賃貸借契約書の写し又は建物の登記簿の謄本（登記事項証明書）原本		○
役員名簿		○
誓約書		○
介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書		○
介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表		○

※消防法等関係法令に基づく検査等も必要となります。また、耐震性を有する書類を確認する場合がありますので、ご留意ください。

なお、未完成の場合は完成後に提出してください。



## カ 既存事業所、新規事業所（平成29年4月2日以降指定分）の手続き

平成29年4月1日指定に間に合わなかった事業者については、既存事業所、新規事業所のいずれのサービスについても4月2日以降の指定となります。

事前相談から指定までの流れや提出書類等については、「オ 新規事業所（平成29年4月1日指定分）の手続き」と同様です。

なお、事前相談の受付から指定まで、最短でも約3箇月程度必要となりますので、期間に十分余裕を持って申請を行っていただきますようお願いします。

また、お越しの際は、必ず電話での事前予約（日程調整）をしてください。事前予約がない場合は、対応できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

## キ 他市町村の事業所の指定（みなし指定事業所）

平成27年3月31日までに介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の指定を受けた事業所は、国制度において全国一律で、既に現行相当サービスの指定を受けているものとみなされます。

そのため、現行相当サービスについては、改めて向日市への指定申請は必要ありません。

## ク 他市町村の事業所の指定（みなし指定事業所以外）

近接市町村において、各市町村の総合事業における現行相当のサービスの指定を受けている事業所については、向日市においても現行相当のサービスに限り指定を行います。

そのため、みなし指定に該当しない事業所（平成27年4月1日以降に介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けた事業所又は新規事業所）については、まず、各市町村で総合事業の現行相当サービスの指定を受けてください。その後、向日市において指定を行います。

なお、向日市の指定に当たっては、向日市の基準を満たす必要がありますので、ご注意願います。

### ● 指定申請書の提出について

提出書類：提出書類一覧表（p29）のとおり

受付方法：持参又は郵送

受付期間：持参平成29年1月5日～平成29年1月31日（高齢介護課）

郵送平成29年1月5日～平成29年1月29日（当日消印有効）

注 意：郵送の場合は、総合事業指定申請書【他市町村分】在中と朱書きしてください。本市が受け付けたことの確認が必要な場合は、副本と返信用封筒（郵便番号、住所、事業所名を記載し、切手を貼ったもの）を同封してください。後日、受付印を押印のうえ返送します。

### ● 審査等について

提出書類をもとに本市において審査のうえ、指定決定後に郵送で、指定書を交付（平成29年3月中旬予定）します。

## （3）郵送における書類の提出先について

### ● 提出先

〒617-8665 向日市寺戸町中野20

向日市健康福祉部高齢介護課 総合事業担当

(4) 提出書類一覧表

指定申請書および添付書類	介護予防ヘルプサービス	生活支援ヘルプサービス	介護予防デイサービス	短時間デイサービス
各サービスの添付書類チェックシート	○	○	○	○
向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）指定申請書	○	○	○	○
各サービスの記載事項（付表）	○	○	○	○
申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○	○	○	○
役員名簿	○	○	○	○
誓約書	○	○	○	○
管理者の経歴書	○	○	○	○
サービス提供責任者又は訪問事業責任者の経歴書	○	○	—	—
従業者の一覧表	▲	▲	▲	▲
従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	○	○	○	○
従業者の資格を証する書類	○	○	○	○
事業所の平面図（面積・用途のわかるもの）	○	○	○	○
事業所の設備等に係る一覧表	—	—	△	△
建物の確認済証及び検査済証の写し（未完成の場合は完成後提出）※1	—	—	▲	▲
運営規程（料金表含む）	○	○	○	○
重要事項説明書	○	○	○	○
利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	○	○
サービス提供実施単位一覧表	—	—	○	○
当該申請に係る資産の状況	○	○	○	○
既指定事業所の状況（各自治体の指定書の写し） ※2	★	★	★	★
介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書	○	○	○	○
介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○

※1 消防法等関係法令に基づく検査等も必要となります。また、耐震性を有する書類を確認する場合がありますので、ご留意ください。

※2 各市町村の指定期日により指定書の写しが申請時に提出できない場合は、後日写しを確認させていただいたうえで指定書を交付します。

▲：新規のみ △：前回と変更がなければ省略可 ★：既に指定を受けている事業所のみ

### (5) 指定の有効期間について

総合事業(分類①⑥以外)の指定の有効期間は指定日から6年間(予定)です。

みなし指定分(分類①⑥)については、平成30年3月31日までの有効期間となりますのでご注意ください。

有効期間終了後に、引き続きサービスを行う場合には、更新の申請手続きが必要です。更新手続きの期日等については、今後、ホームページで改めてお知らせしますので、ご確認ください。

ただし、既に指定を受けている同種のサービスと緩和型のサービスを、一体的に事業を実施する場合に限り、指定有効期間を短縮し、一体的に事業を実施する同種の指定済みサービスと同時に指定更新手続きを行うことができます。

指定有効期間の短縮の希望の有無については、指定申請書の備考欄に、記入例のとおりご記載ください。

#### メリット

- ・指定更新の手続の回数を削減できる。
- ・同時に更新するサービスについては、申請書類の一部を省略できる。

#### デメリット

- ・有効期間満了前に更新の手続を行う必要がある。(有効期間が短くなる。)

#### 【例1】短縮しない場合

サービス種別ごとに更新手続きが必要

	H26.4.1	H27.4.1	H28.4.1	H29.4.1	H30.4.1	H31.4.1	H32.4.1	H33.4.1	H34.4.1	H35.4.1	H36.4.1	
緩和型サービス				指定	6年						更新	6年
現行相当サービス (みなし指定)	指定	6年			更新	6年						更新

#### 【例2】短縮した場合

更新手続きが一度で完了

	H26.4.1	H27.4.1	H28.4.1	H29.4.1	H30.4.1	H31.4.1	H32.4.1	H33.4.1	H34.4.1	H35.4.1	H36.4.1	
緩和型サービス				指定	更新	6年						更新
現行相当サービス (みなし指定)	指定	6年			更新	6年						更新

## (6) 加算届、運営規程等の変更について

### ア 加算の届出

加算に関する届出の取扱いについては、確定次第、本市ホームページで改めてお知らせしますので、ご確認ください。

今回に限り、介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書及び介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等一覧表については、指定申請の際ではなく、別途提出していただくこととなります。

### イ 運営規程

みなし指定をされている事業所以外は指定申請時に提出が必要です。また、みなし指定をされている事業所についても運営規程の整備が必要となりますので、整備いただくようお願いします。

なお、本運営規程整備に係る変更届の提出は必要ありません。

### ウ 契約書

要支援者の利用者（「既利用者」という）に対し引き続き、現行相当サービスを提供する場合は、利用者及び家族に対し、予防給付から総合事業へ移行した旨の説明を行い、制度変更に即した新たな様式により契約書を取り交わす必要（※）があります。

なお、緩和型サービスを提供する場合は、新たなサービスの提供であることから、既利用者であっても、必ず新たな様式により契約書を取り交わす必要があります。

※同意書の取り交わしでも可能ですが、新たな契約書による取り交わしを推奨します。

## (7) その他

平成29年2月に総合事業事業所一覧を利用者及び地域包括支援センター向けに作成する予定をしています。

## 6 介護予防ケアマネジメント

- 介護予防・生活支援サービス事業を利用する際には、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントの実施が原則ですが、一部指定居宅介護支援事業所に対する委託も可能です。
- 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、利用者と目標を共有し、目標達成に向けて主体的にサービスが利用できるよう支援することや、心身の機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが重要です。

### (1) 介護予防ケアマネジメント

対象者	利用するサービス	介護保険上の事業名	実施方法 (市町村直接実施を除く。)
要支援者	介護予防サービス	指定介護予防支援	事業者指定【法第 58 条】
	サービス事業 (新総合事業)	第 1 号介護予防支援事業	事業者指定【法第 115 条の 45 の 3 第 1 項】 <u>厚生労働省令で定める基準に適合する者※ 1 に委託【法第 115 条の 47 第 4 項】</u>
事業対象者	サービス事業	第 1 号介護予防支援事業	地域包括支援センターに委託【法第 115 条の 46 第 1 項】

※ 1 …地域包括支援センター

## (2) 本市における介護予防ケアマネジメントの種類

本市では、次の2種類を実施する予定です。

**原則的な介護予防ケアマネジメント** (以下、「ケアマネジメントA」という。)

**初回のみ介護予防ケアマネジメント** (以下、「ケアマネジメントC」という。)

## (3) 利用するサービスと介護予防ケアマネジメントの種類

利用するサービスの組み合わせでケアマネジメントの種類が決まります。

介護予防サービス (給付) ※要支援者のみ	利用するサービス		ケアマネジメントの種類
	訪問型・通所型 サービス(総合 事業)	一般介護予防事 業、民間のサー ビス等	
○	○	○	予防支援
○	○		予防支援
○		○	予防支援
○			予防支援
	○	○	ケアマネジメントA
	○		ケアマネジメントA
		○	ケアマネジメントC

注) ケアマネジメントCについては、事業対象者及び要支援者へのアセスメントの結果、予防給付及び総合事業によるサービス以外の支援につなげる場合に適用されます。

《参考》国における介護予防ケアマネジメントの種類

①ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合</li> <li>・短期集中予防サービスを利用する場合</li> <li>・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
②ケアマネジメント B（簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業者以外の多様なサービスを利用する場合等）</li> </ul>	アセスメント →ケアプラン原案作成 （→サービス担当者会議） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 （→モニタリング【給付管理】）
③ケアマネジメント C（初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合                      （※必要に応じ、その後の状況把握を実施）</li> </ul>	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※（ ）内は必要に応じて実施

(4) ケアプランの自己作成（セルフケアプラン）の取扱い

総合事業のサービス事業については、ケアプランの自己作成による利用は想定されていません。



(5) 本市の介護予防ケアマネジメントの実施基準

ア ケアマネジメントA

指定介護予防支援の人員、運営等に関する基準に規定されている事項から、介護予防サービスに関する規定を削除して定めます。

イ ケアマネジメントC

ケアマネジメントAの基準から、サービス担当者会議、モニタリング及び給付管理に関する規定を削除して定めます。

介護予防ケアマネジメント実施基準に規定する事項(現時点での案)

指定介護予防支援等の人員，運営等の基準		介護予防ケアマネジメント実施基準	
		A	C
第1条	趣旨	○	○
第1条の2	基本方針	○	○
第2条	従業者の員数	×	x
第3条	管理者	×	×
第4条	内容及び手続の説明及び同意	○	○
第5条	提供拒否の禁止	○	○
第6条	サービス提供困難時の対応	○	○
第7条	受給資格等の確認	○	○
第8条	要支援認定の申訴に係る援助	○	○
第9条	身分を証する書類の携行	○	○
第10条	利用料等の受領	×	×
第11条	保険給付の請求のための証明書の交付	×	×
第12条	指定介護予防支援の業務の委託	○	×
第13条	法定代理受領サービスに係る報告	○	×
第14条	利用者に対する介護予防サービス計画等の書類の交付	○	○
第15条	利用者に関する市町村への通知	○	○
第16条	管理者の責務	×	×
第17条	運営規程	×	×
第18条	勤務体制の確保	○	○
第19条	設備及び備品等	×	×
第20条	従業者の健康管理	×	×
第21条	掲示	○	○
第22条	秘密保持	○	○
第23条	広告	○	○
第24条	介護予防サービス事業者等からの利益收受の禁止等	○	○
第25条	苦情処理	○	○
第26条	事故発生時の対応	○	○
第27条	会計の区分	×	×
第28条	記録の整備	○	○
第29条	指定介護予防支援の基本的取扱方針	○	○
第30条	指定介護予防支援の具体的取扱方針	—	—
第1号	担当職員による介護予防サービス計画の作成	○	○
第2号	指定介護予防支援の基本約留意点	○	○
第3号	計画的な指定介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等の利用	○	○
第4号	総合的な介護予防サービス計画の作成	○	○
第5号	利用者自身によるサービスの選択	○	○
第6号	課題分析の実施	○	○
第7号	課題分析における留意点	○	○
第8号	介護予防サービス計画原案の作成	○	○
第9号	サービス担当者会議等による専門的意見の聴取	○	×

第10号	介護予防サービス計画の説明及び同意	○	○
第11号	介護予防サービス計画の交付	○	○
第12号	担当者に対する個別サービス計画の提出依頼	○	×
第13号	個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取	○	×
第14号	介護予防サービス計画の実施状況等の把握	○	×
第15号	介護予防サービス計画の実施状況等の評価	○	×
第16号	モニタリングの実施	○	×
第17号	介護予防サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取	○	×
第18号	介護予防サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取	○	×
第19号	介護保険施設への紹介その他の便宜の提供	○	○
第20号	介護保険施設との連携	○	○
第21号	主治の医師等の意見書	○	○
第22号	主治の医師等の意見書(医療サービス)	×	×
第23号	介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護の介護予防サービス計画への位置づけ	×	×
第24号	介護予防福祉用具貸与の介護予防サービス計画への反映	×	×
第25号	介護予防特定福祉用具販売の介護予防サービス計画への反映	×	×
第26号	認定審査会意見等の介護予防サービス計画への反映	○	○
第27号	指定居宅介護支援事業者との連携	○	○
第28号	地域ケア会議への協力	○	○
第31条	介護予防支援の提供に当たっての留意点	—	—
第1号	日常生活の自立のための取組の総合的支援	○	○
第2号	利用者の主体的取組の支援	○	○
第3号	目標の設定と利用者、サービス提供者等との共有	○	○
第4号	利用者の自立を最大限に引き出す支援	○	○
第5号	給付対象外サービスの積極的活用	○	○
第6号	地域支援事業等との連続性・一貫性に関する配慮	○	○
第7号	介護予防サービス計画策定に当たっての利用者の個別性の重視	○	○
第8号	機能改善後の状態の維持への支援	○	○
第32条	基準該当介護予防支援への準用	×	×

(6) 介護予防ケアマネジメントの利用手続きに必要な書類

ケアマネジメントA・C

- ① 重要事項説明書
- ② 利用契約書

※詳細については、後日お示しします。

(7) プランの様式

ア ケアマネジメントA

介護予防サービス・支援計画書（指定介護予防支援と同じ）

イ ケアマネジメントC

介護予防サービス・支援計画表（指定介護予防支援と同じ）又は簡易様式のいずれかを使用

(8) 地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを担当できる者

- ① 保健師
- ② 介護支援専門員
- ③ 社会福祉士
- ④ 経験のある看護師
- ⑤ 高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事

(9) 指定居宅介護支援事業者への介護予防ケアマネジメント実施の委託の取扱い

ア ケアマネジメントA

委託を可能とします

<参考>委託の根拠法令

要支援者：法第115条の47第5項

事業対象者：実施要綱

イ ケアマネジメントC

本市では委託を認めない。

<参考>平成27年度報酬改定Q&A (Vol.1) 抜粋

問180 居宅介護支援費（Ⅰ）から（Ⅲ）の区分については、居宅介護支援と介護予防支援の両方の利用者の数をもとに算定しているが、新しい介護予防ケアマネジメントの件数については取扱件数に含まないと解釈してよいか。

貴見のとおりである。

※ 居宅介護支援の実施に支障がないように留意してください。

(10) 本市からの地域包括支援センターへの委託料単価(案)

○基本単価：430単位/件/月

○初回加算：300単位/件/回

(ケアマネジメントA・ケアマネジメントCのいずれも)

※ 1単位当たりの単価は、介護予防支援の地域単価と同じ(10.42円)とする  
予定

<参考>平成27年度報酬改定Q&A (Vol.1) 抜粋

問189 介護予防・日常生活支援総合事業により介護予防マネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場合は、介護予防支援の初回加算は算定できるのか。

要支援者又はチェックリスト該当者に対して介護予防マネジメントを作成することは、要支援者に対して介護予防サービス計画を作成することと同等であることから、初回加算を算定できるのは、留意事項通知に示す、新規で介護予防サービス計画を作成する場合である。具体的には、過去2月以上地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合には算定が可能である。

(11) 本市からの地域包括支援センターへの委託料の支払い

審査支払事務については、国保連への委託を予定しています。なお、詳細は介護予防ケアマネジメントに係る支払い事務と併せて、平成29年2月までにはお示しする予定です。

## 7 本市に居住する他市町村の被保険者への対応

### (1) 介護予防ケアマネジメント

	住所地特例施設入所者（他住特）		左記以外
	京都府内市町村の被保険者	京都府外市町村の被保険者	
介護予防ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター	住所地特例施設所在地を担当する地域包括支援センター		当該地市町村の被保険者に係る保険者市町村に問い合わせる。
介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出先	住所地特例施設所在地を管轄する市町村 (受理した市町村から保険者市町村に届出書原本を転送する。)		
向日市からの委託料の支払い	京都府国保連から支払い (予定)	向日市から支払い	

### (2) 訪問型サービス及び通所型サービス

	住所地特例施設入所者（他住特）	左記以外
利用できるサービス事業所	住所地特例施設所在地の市町村（向日市）が指定している事業所	
報酬請求	京都府国保連に請求 (保険者市町村が京都府国保連を通じて支払い)	

※ 逆に、本市被保険者が、住民基本台帳を異動しないまま他市町村に居住している場合は、当該市町村の総合事業のサービスを利用することができません。そのような利用者がある場合は、当該利用者又はその家族に対して、居住している市町村に住民基本台帳を異動するように助言してください。

## 8 一般介護予防事業

総合事業の実施に伴い、現行の二次予防事業と一次予防事業を一般介護予防事業に再編し、本市の実情にあった効率的・効果的な介護予防の取組を推進します。

参考) 一般介護予防事業「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(厚生労働省)」

事業	内容
介護予防把握事業	地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる。
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う。
地域介護予防活動支援事業	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う。
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。
地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



## 9 スケジュール等

### (1) 総合事業に係るスケジュール(予定)

年 月 日	内 容
平成 28 年 11 月 10 日・11 日	第 1 回事業者説明会
平成 28 年 12 月 20 日	新設事業所説明会《本日》
平成 28 年 12 月 26 日	地域包括支援センター向け説明会 (利用者の移行手続き等)
平成 29 年 1 月 5 日	事業者指定申請 受付開始
平成 29 年 1 月 10 日	〃 事前相談
平成 29 年 1 月 31 日	〃 期限
平成 29 年 2 月	第 2 回事業者説明会 (報酬の請求方法等)
4 月	総合事業開始

※ 現在、「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」のサービスを受けている方は、原則として、4 月以降の認定更新時等に、順次、総合事業のサービスに移行します。

### (2) 質問について

本説明会及び本市が実施する総合事業に関する質問については、F A X 又は E メールにて、向日市健康福祉部高齢介護課にお送りください。

事業者間での情報共有のため、いただいた質問内容と回答は、Q & A として本市ホームページに掲載いたします。

質問票送付先 向日市健康福祉部高齢介護課 F A X : 0 7 5 - 9 3 2 - 0 8 0 0 E メール : kourei@city.muko.lg.jp
--

(3) 向日市介護予防・日常生活支援総合事業についてのQ&A

【平成 28 年 11 月 28 日時点】

サービス種別	質問内容	回答
訪問型 A	訪問型サービス A において、一定の研修修了者を従事者とする事は可能か。	一定の研修修了者による基準設定は現在のところ考えておりません。
訪問型 A	みなし指定を受けている事業所は、新たに指定申請を行わなくても、自動的に「現行相当サービス」及び「訪問型サービス A」を提供できることになるのか。	「現行相当サービス」は、みなし指定により提供することが可能であるが、「訪問型サービス A」等の緩和型サービスの提供にあたっては、その基準に基づく新たな指定を受けることが必要となります。
訪問型 A	既存の生活支援型ホームヘルプサービスは、総合事業開始後、どのような位置づけとなるのか。	総合事業の訪問型サービスとして実施予定です。
現行の予防サービス	サービス利用時の単価選択（「月当たりの包括単価」か「利用 1 回ごとの出来高で定める単価」か）は、誰が、いつ時点で行うのか。	利用者が、ケアプラン作成時に選択することとなります。したがって、月の利用実績に関わらず、ケアプランに位置付けた単価以外で報酬請求することはできません。
全般	基本チェックリスト実施後、ケアプラン作成までは、総合事業のサービスを利用することはできないという理解でよいか。	お見込みのとおり。
全般	総合事業では速やかにサービスにつながり、いわゆる「お守り認定」の必要はないという広報をしてもらえるのか。	基本チェックリスト実施後、ケアプラン作成を経て、総合事業のサービスを利用することができるため、新たな流れについて、パンフレットや様々な機会を通じて周知に努めます。

## 10 指定申請に係る様式

向日市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定申請に係るチェックシート(訪問型サービス)
向日市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定申請に係るチェックシート(通所型サービス)
向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業) 指定申請書
向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業) 指定申請書 【記入例】
向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業)(訪問型)の指定に係る記載事項
向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業)(訪問型)の指定に係る記載事項【記入例】
向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業)(通所型)の指定に係る記載事項
向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業)(通所型)の指定に係る記載事項【記入例】
向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業) 廃止・休止届出書
向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業) 廃止・休止届出書【記入例】

**向日市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定申請に係るチェックシート**  
(訪問型サービス)

(この書類も提出してください。)

申請を行う事業所名称	
------------	--

	申請書及び添付書類	申請者確認欄 (新規申請)	申請者確認欄 (更新申請)
1	向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業)指定申請書		
2	向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業)(訪問型)の指定にかかる記載事項		
3	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等		
4	役員名簿		
5	誓約書		
6	管理者の経歴書		
7	サービス提供責任者又は訪問事業責任者の経歴書		
8	従業者一覧表		/
9	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
10	従業者の資格を証する書類		
11	事業所の平面図(面積・用途のわかるもの)		
12	運営規程(料金表含む)		
13	重要事項説明書		
14	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
15	当該申請に係る資産の状況 (決算書(貸借対照表、損益計算書)、資産の目録、事業計画書、収支予算書、 損害保険証書の写し等)		
16	既指定事業所の状況	★	★
17	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書		
18	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表		

備考 1 「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。  
2 ★を付した欄の添付書類は、すでに介護事業を行っている法人のみ提出が必要です。

申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。

連絡先	法人名または事業所名		担当部署	
	フリガナ			
	担当者名			
	連絡先	(電話)	(FAX)	

**向日市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所の指定申請に係るチェックシート**  
(通所型サービス)

(この書類も提出してください。)

申請を行う事業所名称	
------------	--

	申 請 書 及 び 添 付 書 類	申請者確認欄 (新規申請)	申請者確認欄 (更新申請)
1	向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業)指定申請書		
2	向日市介護予防・日常生活支援総合事業(第1号事業)(通所型)の指定にかかる記載事項		
3	申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等		
4	役員名簿		
5	誓約書		
6	管理者の経歴書		
7	従業者一覧表		/
8	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		
9	従業者の資格を証する書類		
10	事業所の平面図(面積・用途のわかるもの)		
11	事業所の設備等に係る一覧表		※
12	建物の確認済証及び検査済証の写し(未完成の場合は完成後提出のこと)		/
13	運営規程(料金表含む)		
14	重要事項説明書		
15	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
16	サービス提供実施単位一覧表		
17	当該申請に係る資産の状況 (決算書(貸借対照表、損益計算書)、資産の目録、事業計画書、収支予算書、 損害保険証書の写し等)		
18	既指定事業所の状況	★	★
19	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書		
20	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表		

- 備考 1 「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。  
 2 ※を付した欄の添付書類は、前回と変更がない場合は提出不要です。  
 3 ★を付した欄の添付書類は、すでに介護事業を行っている法人のみ提出が必要です。

申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。

連 絡 先	法人名または事業所名		担当部署	
	フリガナ			
	担当者名			
	連絡先	(電話)	(FAX)	

様式第 号(第 条関係)

受付番号

向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業） 指定申請書

年 月 日

(宛先) 向日市長

所在地  
申請者 法人名 名称・氏名 印

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 — )				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	法人の種類別			法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 — )					
届出を行う事業所の種類	フリガナ					
	事業所の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 — )				
	事業所の連絡先	電話番号	FAX番号			
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	添付する様式
	第1号事業	介護予防ヘルプサービス				付表1
		生活支援ヘルプサービス				付表1
		介護予防デイサービス				付表2
		短時間デイサービス				付表2
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名						
同一所在地内で行う事業の種類	実施事業		指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日		
	訪問介護					
	通所介護					
	地域密着型通所介護					
	介護予防訪問介護					
	介護予防通所介護					
備考						

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」等の別を記入してください。  
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。  
 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。  
 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。  
 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

(1)提出する日を記入してください。

向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）

指定申請書

平成29年 1月16日

(宛先)向日市長

所在地 向日市寺戸町〇〇

(2)「申請者=法人」です。

申請者 法人名

ここには法人の情報を記入してください。

名称・氏名 向日社会福祉株式会社 印  
代表取締役 向日 太郎

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて

事業所所在市町村

(3)法務局に登録した法人代表者  
印を押印してください。

申請者	フリガナ	ムコウシャカイフクシカブシキガイシャ				
	名称	向日社会福祉株式会社				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 617 - 0002 ) 向日市寺戸町〇〇				
	連絡先	電話番号 075-931-0000	FAX番号 075-931-0000			
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 代表取締役	フリガナ ムコウ タロウ 氏名 向日 太郎	生年月日 昭和11年1月1日		
	代表者の住所	(郵便番号 617 - 0001 ) 向日市物集女町〇〇				
届出を行う事業所の種類	フリガナ	〇〇デイサービスセンター				
	事業所の名称	〇〇デイサービスセンター				
	事業所等の所在地	(郵便番号 617 - 0006 ) 向日市上植野町〇〇				
	事業所の連絡先	電話番号 075-932-0000	FAX番号 075-932-0000			
	第1号事業	同一所在地において行う事業の種類	実施	指定申請をする事業の 事業開始予定年月日	既に指定を受けている 事業の指定年月日	添付する様式
			(5)実施する事業に○を付けてください。			付表1
		生活支援ヘルプサービス		(6)事業開始予定日を記入してください。		付表1
介護予防デイサービス		○	平成29年4月1日		付表2	
	(7)介護保険法の指定事業者の場合、 事業所番号を記入してください。					
介護保険事業所番号	2 6 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 (既に指定を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
同一所在地内での 行う事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日			
	訪問介護					
	通所介護	(8)同一所在地で行う事業所名と指定年月日を記入してください。				
	地域密着型通所介護					
	介護予防訪問介護					
介護予防通所介護	○	平成27年10月1日				
備考	今回申請する事業の最初の指定有効期限を同一所在地において行う同種の事業の有効期限に合わせます。					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しない
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会」を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- (9)指定有効期限の短縮の有無について記入してください。

**向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）  
（訪問型）の指定に係る記載事項**

実施事業名				※受付番号				
事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条 第 項 第 号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )			
	氏名							
	当該事業所で兼務する他の職種							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称					
		兼務する職種及び勤務時間等						
利用者数（前3月の平均値又は推定数）				人				
サービス提供責任者 (訪問事業責任者)	フリガナ			住所	(郵便番号 - )		常勤・非常勤	
	氏名					専従・兼務		
フリガナ	フリガナ			住所	(郵便番号 - )		常勤・非常勤	
	氏名					専従・兼務		
従業者の職種・員数		訪問介護員 (介護予防ヘルプサービス)			従業員 (生活支援ヘルプサービス)			
		専	従	兼	務	専	従	兼
		常勤(人)						
		非常勤(人)						
		常勤換算後の人数						
※	基準上の必要人数							
※	適合の可否							
主な 掲 示 事 項	営業日							
	営業時間							
	利用料		法定代理受領分					
			法定代理受領分以外					
	その他の費用							
通常の事業実施地域								
添付書類		別記のとおり						

- 注 1 ※の付いている「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する員数を含めて記載してください。
- 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。



向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）  
（訪問型）の指定に係る記載事項

実施事業名		介護予防ヘルプサービス		※受付番号					
事業所	〇〇ヘルプサービスセンター								
	〇〇ヘルプサービスセンター								
	所在地	(郵便番号 617 - 0006) 向日市上植野町〇〇							
連絡先	電話番号	075-932-0000		FAX番号	075-932-0000				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第〇条		定款の目的欄において、該当する実施事業を行うことが記載している条文を記入してください。			
管理者	フリガナ	ムコウ タロウ		住所	(郵便番号 617-0000) 向日市〇〇-〇				
	氏名	向日 太郎		住所	向日市〇〇-〇				
	当該事業所で兼務する他の職種	サービス提供責任者							
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	〇〇訪問介護事業所							
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者、サービス提供責任者 訪問事業責任者							
利用者数（前3月の平均値又は推定数）				20人					
サービス提供責任者（訪問事業責任者）	フリガナ	ムコウ タロウ		住所	(郵便番号 000-0000) 向日市〇〇-〇	常勤・非常勤			
	氏名	向日 太郎		住所	向日市〇〇-〇	専従・兼務			
サービス提供責任者（訪問事業責任者）	フリガナ	コウタ ハナコ		住所	(郵便番号 000-0000) 向日市△△-△	常勤・非常勤			
	氏名	向田 花子		住所	向日市△△-△	専従・兼務			
従業者の職種・員数	訪問介護員 (介護予防ヘルプサービス)			従業員 (生活支援ヘルプサービス)					
		専	従	兼	務	専	従	兼	務
常勤(人)									
非常勤(人)									
常勤換算後の人数									
※ 基準上の必要人数									
※ 適合の可否									
営業日	月曜から金曜（ただし、祝日及び12/29から1/3を除く）								
事項	交通費、キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。			9:00から18:00					
				法定代理受領分	介護報酬告示上の額又は向日市が定める額の利用者負担割合に応じた額				
			法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額又は向日市が定める額					
その他の費用									
通常の事業実施地域									
添付書類			別記のとおり						

- 注 1 ※の付いている「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。  
 2 記入欄が不足する場合は、別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 3 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。  
 4 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する員数を含めて記載してください。  
 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）  
（訪問型）の指定に係る記載事項

実施事業名		生活支援ヘルプサービス		※受付番号		
事業所		OOセイカツシエンヘルプサービスジギョウシヨ OO生活支援ヘルプサービス事業所 (郵便番号 617 - 0006) 向日市上植野町OO 連絡先 電話番号 075-932-0000 FAX番号 075-932-0000				
管理		フリガナ ムコウ タロウ 氏名 向日 太郎		住所 (郵便番号 617-0000) 向日市OO-0		当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第〇条
管理		当該事業所で兼務する他の職種		無		定款の目的欄において、該当する実施事業を行うことが記載している条文を記入してください。
管理		同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称 OO訪問介護事業所 OO介護予防ヘルプサービス事業所 兼務する職種及び勤務時間等 管理者、サービス提供責任者		同一敷地内の他の事業所との兼務がある場合は記入してください。
利用者数		(前3月の平均値又は推定数)		20人		
サービス提供責任者		フリガナ ムコウ タロウ 氏名 向日 太郎		住所 (郵便番号 000-0000) 向日市OO-0		常勤・非常勤 専従・兼務
サービス提供責任者(訪問事業責任者)		フリガナ コウタ ハナコ 氏名 向田 花子		住所 (郵便番号 000-0000) 向日市△△-△		常勤・非常勤 専従・兼務
従業者の職種・員数		訪問介護員 (介護予防ヘルプサービス)		従業員 (生活支援ヘルプサービス)		
		専 従		専 従		
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数						
※ 基準上の必要人数						サービス提供時間ではなく、事務所として営業している日を記入してください。祝日やお盆、年末年始に休み場合はその期間を記入してください。
※ 適合の可否						
営業日		月曜から金曜(ただし、祝日及び12/29から1/3を除く)				
交通費、キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。		9:00から18:00				
小事項		法定代理受領分		介護報酬告示上の額又は向日市が定める額の利用者負担割合に応じた額		
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額又は向日市が定める額		
その他の費用						
通常の事業実施地域						
添付書類		別記のとおり				

- 注 1 ※の付いている「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。  
 2 記入欄が不足する場合は、別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 3 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。  
 4 出張所等がある場合は、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する員数を含めて記載してください。  
 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

**向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）  
（通所型）の指定に係る記載事項**

<b>実施事業名</b>		<b>※受付番号</b>	
<b>事業所</b>	<b>フリガナ</b>		
	<b>名称</b>		
	<b>所在地</b>	(郵便番号 - )	
<b>連絡先</b>	<b>電話番号</b>		<b>FAX番号</b>
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 条 第 項 第 号	
<b>管理者</b>	<b>フリガナ</b>		
	<b>氏名</b>	<b>住所</b> (郵便番号 - )	
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)		
<b>実施単位数</b>	<b>単位</b>	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限	
		人	
<b>単位別従業者の職種・員数</b>		<b>生活相談員(相談員)</b>	<b>看護職員</b>
		<b>介護職員</b>	<b>機能訓練指導員</b>
		専従	兼務
		専従	兼務
		専従	兼務
		専従	兼務
<b>※</b>	適合の可否		
<b>食堂及び機能訓練室の合計面積</b>	㎡	※基準上の必要数値	
		※適合の可否	
		㎡以上	
<b>主な揭示事項</b>	<b>利用定員</b>	単位ごとの定員 (① 人 ② 人 ③ 人)	
	<b>営業日</b>	単位ごとの営業日	
	<b>営業時間</b>	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (① : ~ : )(② : ~ : )(③ : ~ : )	
	<b>利用料</b>	法定代理受領分	
		法定代理受領分以外	
	<b>その他の費用</b>		
<b>通常の事業実施地域</b>			
<b>添付書類</b>	別記のとおり		

- 注 1 ※の付いている「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

付表2 **記入例**

向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）  
（通所型）の指定に係る記載事項

実施事業名		介護予防デイサービス		※受付番号			
該当する実施事業名を記入してください。	フリガナ	〇〇デイサービスセンター					
	名称	〇〇デイサービスセンター					
	所在地	(郵便番号 617 - 0006) 向日市上植野町〇〇					
	連絡先	電話番号	075-932-0000		FAX番号	075-932-0000	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第〇条第△項第□			
管理者	フリガナ	ムコウ タロウ		住所	(郵便番号 617-0000) 向日市〇〇-〇		
	氏名	向日 太郎					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			相談員			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	〇〇通所介護		生活相談員		
実施単位数		1 単位		同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限		20 人	
単位別従業者の職種・員数		生活相談員(相談員)		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)							
非常勤(人)							
※ 適合の可否		事業所全体の利用定員×3㎡の面積が必要です。					
食堂及び機能訓練室の合計面積		70 ㎡		※基準上の必要数値		㎡以上	
利用定員		単位ごとの定員(① 20 人 ② 人 ③ 人)					
営業日		単位ごとの営業日 月曜から金曜(ただし、祝日及び12/29から1/3を除く)					
主		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (① 9:30~15:30)(② : ~ : )(③ : ~ : )					
項		法定代理受領分		介護報酬告示上の額又は向日市が定める額の利用者負担割合に応じた額			
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額又は向日市が定める額			
その他の費用							
通常の事業実施地域		向日市内					
添付書類		別記のとおり					

定款の目的欄において、該当する実施事業を行うことが記載している条文を記入してください。

同一敷地内の他の事業所との兼務がある場合は記入してください。

サービス提供時間ではなく、事務所として営業している日を記入してください。祝日やお盆、年末年始に休み場合はその期間を記入してください。

交通費、キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。

注 1 ※の付いている「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。  
 2 記入欄が不足する場合は、別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 3 「主な掲示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。  
 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。  
 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

付表2 **記入例**

向日市介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）  
（通所型）の指定に係る記載事項

実施事業名		短時間デイサービス		※受付番号			
該当する実施事業名を記入してください。	フリガナ	〇〇タンジカンデイサービスセンター					
	名称	〇〇短時間デイサービスセンター					
	所在地	(郵便番号 617 - 0006) 向日市上植野町〇〇					
	連絡先	電話番号	075-932-0000		FAX番号	075-932-XXXX	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第〇条第△項第□			
管理者	フリガナ	ムコウ タロウ		住所	(郵便番号 617-0000) 向日市〇〇-〇		
	氏名	向日 太郎		相談員			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			相談員			
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	〇〇通所介護、〇〇介護予防デイサービス		同一敷地内の他の事業所との兼務がある場合は記入してください。			
	兼務する職種及び勤務時間等			生活相談員			
実施単位数	2 単位		同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限				20 人
単位別従業者の職種・員数	生活相談員(相談員)		看護職員		介護職員		機能訓練指導員
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従
※	常勤(人)						
	非常勤(人)						
	適合の可否			事業所全体の利用定員×3㎡の面積が必要です。		サービス提供時間ではなく、事務所として営業している日を記入してください。祝日やお盆、年末年始に休み場合はその期間を記入してください。	
食堂及び機能訓練室の合計面積	70 ㎡		※基準上の必要数値		㎡以上		
主な	利用定員	単位ごとの定員(① 20 人 ② 20 人 ③ 人)					
	営業日	単位ごとの営業日 月曜から金曜(ただし、祝日及び12/29から1/3を除く)					
	交通費、キャンセル料等の利用料以外に徴収する費用がある場合は記入してください。	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。) (② 9:30~12:29)(③ 13:30~16:29)(③ : ~ : )					
項	法定代理受領分	介護報酬告示上の額又は向日市が定める額の利用者負担割合に応じた額					
	法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額又は向日市が定める額					
	その他の費用						
通常の実施地域	向日市内						
添付書類	別記のとおり						

- 注 1 ※の付いている「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は、記入しないでください。  
 2 記入欄が不足する場合は、別に欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 3 「主な揭示事項」については、この欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。  
 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。  
 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合は、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

様式第 号の (第 条関係)

向日市介護予防・日常生活支援総合事業 (第 1 号事業)

廃止・休止届出書

年 月 日

(宛先)向日市長

住所(所在地)

申請者

氏名(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

	介護保険 事業者番号																		
廃止・休止する事業所	名称																		
	所在地																		
廃止・休止しようとするサービスの種類																			
廃止・休止の別	廃 止 ・ 休 止																		
廃止・休止しようとする年月日	年 月 日																		
廃止・休止しようとする理由																			
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 (備考参照)																			
休止予定期間(休止の場合のみ)	年 月 日 ~ 年 月 日 なお、上記期間を経過しても再開の届出を行わない場合は、廃止の手続きをとられてもやむを得ないことに同意します。																		

- 備考 1 廃止 (休止) する日の 1 月前までに届け出ること。  
 2 別添「利用者名簿」(各利用者ごとに移行予定先事業所等を記載したもの)を添付すること。  
 3 2の「利用者名簿」を提出後、各利用者の移行先の事業所等が確定次第、速やかに利用者ごとに移行確定先事業所等を記載した「利用者名簿」を追加添付書類として提出すること。

様式第 号の (第 条関係)

記入例

みなし指定を受けている事業所が、平成29年4月1日以降総合事業を実施しない場合の記入例です。

向日市介護予防・日常生活支援総合事業 (第1号事業)

廃止・休止届出書

(1)提出する日を記入してください。

平成29年1月16日

(宛先)向日市長

(2)「申請者=法人」です。ここには法人の情報を記入してください。

住所(所在地) 向日市寺戸町〇〇

(3)法務局に登録した法人代表者印を押印してください。

申請者

氏名(名称及び代表者氏名) 向日社会福祉保健株式会社 印

代表取締役 向日 太郎

次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

(4)みなし指定されている事業所番号、事業所名、住所を記入してください。

介護保険事業者番号 2 6 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

廃止・休止する事業所

名称 〇〇デイサービスセンター

(5)「介護予防ヘルプサービス」か「介護予防デイサービス」を記入してください。

所在地 向日市上植野町〇〇

廃止・休止しようとするサービスの種類

介護予防デイサービス

(6)廃止に〇を付けてください。

廃止・休止の別

廃止・休止

廃止・休止しようとする年月日

平成29年 3月 31日

廃止・休止しようとする理由

(7)記入不要です。

現にサービス又は支援を受けている者に対する措置  
(備考参照)

休止予定期間(休止の場合のみ)

年 月 日 ~ 年 月 日  
なお、上記期間を超過しても再開の届出を行わない場合は、廃止の手続きをとられてもやむを得ないことに同意します。

備考 1 廃止(休止)する日の1月前までに届け出ること。

2 別添「利用者名簿」(各利用者ごとに移行予定先事業所等を記載したもの)を添付すること。

3 2の「利用者名簿」を提出後、各利用者の移行先の事業所等が確定次第、速やかに利用者ごとに移行確定先事業所等を記載した「利用者名簿」を追加添付書類として提出すること。

FAX（075-932-0800）又は、Eメール（kourei@city.muko.lg.jp）にて、向日市健康福祉部高齢介護課に送付してください。

※ Eメールの場合は、件名に「総合事業に関する質問」とご記載ください。

## 向日市介護予防・日常生活支援総合事業 質 問 票

事業所名			
サービス種別			
ご担当者名		電話番号	
質問項目			
質問内容			

※ 事業者間での情報共有のため、いただいた質問内容と回答は、Q & Aとして本市ホームページに掲載いたします。

（電話での回答はいたしかねますので、ご了承ください。）