

資 料
事業者説明会資料

介護予防・日常生活支援総合 事業者指定

平成29年12月19日(火)

塩尻市健康福祉事業部長寿課

1. 介護予防・日常生活支援 総合事業の概要

介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)の概要

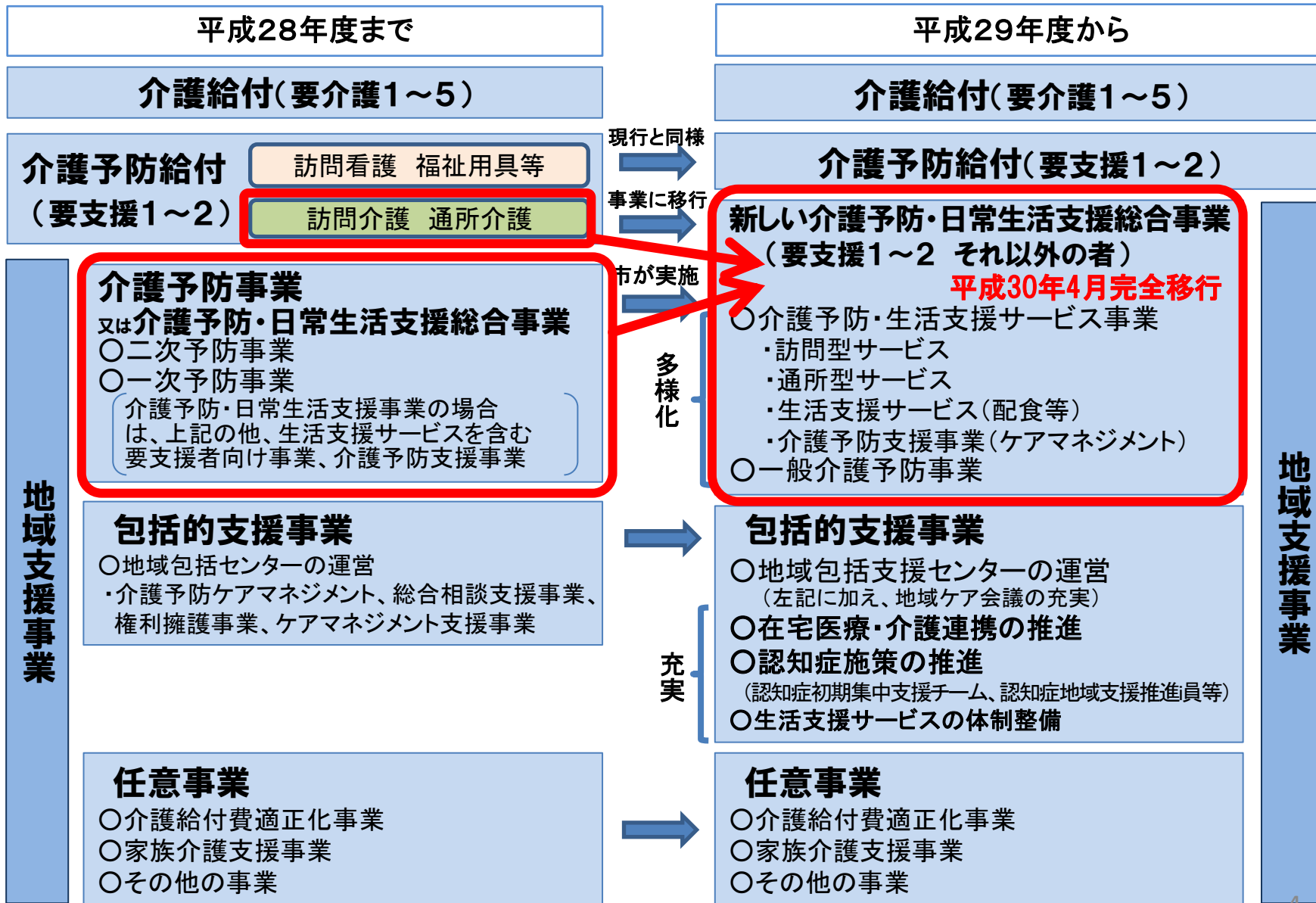
全国一律に給付されている予防給付のうち、訪問介護と通所介護(認知症対応型を除く)を市町村事業へと移行し、地域住民主体による多様なサービスなどを取り入れることにより、地域全体で支援を必要とする高齢者を支えていくための「地域包括ケアシステム」の体制づくりを推進していくものです。

総合事業の対象者

総合事業の対象者は次の者とします。

1. 要支援認定者
2. 事業対象者(基本チェックリスト該当者)

介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)



塩尻市の総合事業のサービス類型

- **現行相当サービス**は、国の基準や単価など用いて、同一の基準により実施します。
- **サービスA**は、既存の指定事業者及び新規参入の事業者（以下「事業者指定」という。）により、現行相当サービスの基準を緩和して実施します。
- サービスB及びサービスCは、委託契約により実施します。

	現行相当	サービスA (基準緩和)	サービスB (住民主体)	サービスC (短期集中)
訪問型	事業者指定	事業者指定	委託	—
通所型	事業者指定	事業者指定	—	委託



その他の生活支援サービス	配食見守りサービス
--------------	-----------

総合事業の現状

平成29年11月審査分

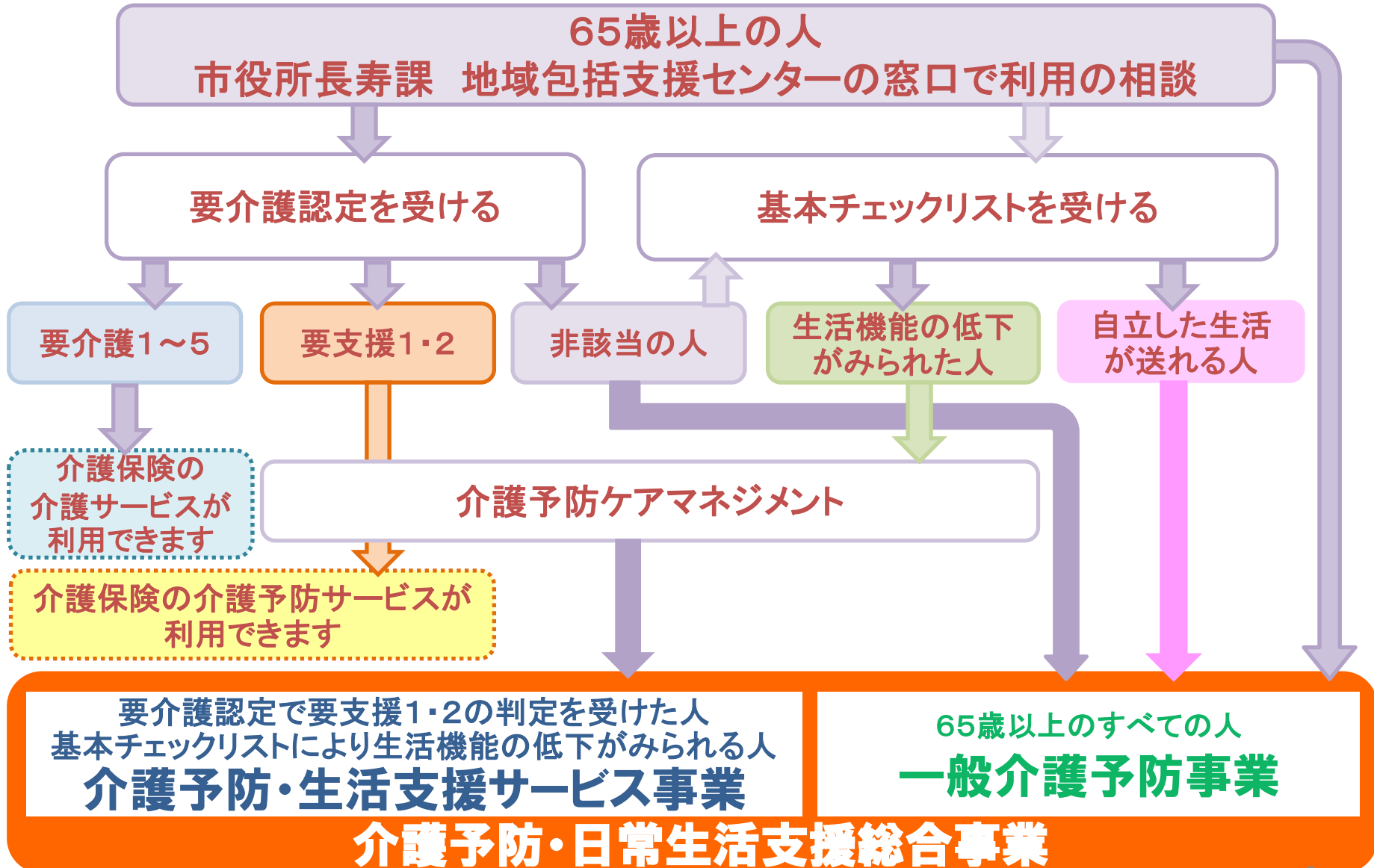
単位:箇所/人

サービス種別	現行の訪問介護相当	多様なサービス		現行の通所介護相当	多様なサービス		
	現行相当訪問介護サービス	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	訪問型サービスB (住民主体によるサービス)	現行相当通所介護サービス	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	通所型サービスC (短期集中予防サービス)	
						運動器機能向上特化型コース	口腔・栄養指導総合コース
指定事業者数	8 (みなし4)	9	1	10 (みなし8)	11	4	2
実実施事業所	8 (みなし4)	8	0	9 (みなし7)	6	2	1
利用者数	77 (みなし16)	37	0	122 (みなし73)	41	5	3

[]は外数

2. サービス利用の手続き 利用対象者

総合事業対象者の抽出



※基本チェックリストによりサービス事業を受ける人を「事業対象者」という

(参考)介護保険被保険者証

平成29年4月1日から、介護保険被保険者証の要介護状態区分等の欄に、「要介護○」「要支援○」「事業対象者」のいずれかを表示します。

※被保険者証に、事業対象者の『認定年月日』は記載されますが、『認定の有効期間』欄は記載されません。事業対象者の有効期間を、認定日から1年間とします。

(一)		(二)		(三)			
介護保険被保険者証		要介護状態区分等	事業対象者		給付制限	内容	期間
番号	0000000000	認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	平成29年 4月 5日				開始年月日 終了年月日
住所	399-07〇〇 塩尻市〇〇〇〇 〇-〇	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日				開始年月日 終了年月日
フリガナ	〇〇 〇〇〇	居宅サービス等	区分支給限度基準額 ~		居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	〇〇地域包括支援センター	届出年月日 平成29年4月10日
氏名	〇〇 〇〇	(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額			届出年月日
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					届出年月日
交付年月日					介護保険施設等	種類	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	長野県塩尻市大門七番町3番3号 塩尻市 TEL 0263-52-0280(代)				名称	入所等 年月日 退所等 年月日	
	長野県塩尻市之印				種類	名称	
					入所等 年月日 退所等 年月日		

ケアマネジメントの
依頼届出の日

※ 事業対象者である旨の証(被保険者証)を発行すると同時に負担割合証を発行します。サービスを提供する際は、利用者負担の割合を必ず確認してください。

要介護認定に係る有効期間の見直しについて

1. 基本的な考え方

介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たり、市町村の事務負担を軽減するため、当該事業を実施している市町村について、更新申請時の要介護認定に係る有効期間を、一律に原則12ヶ月、上限24か月に延長し、簡素化されます。 【介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインP149】

申請区分等		現 行		改 正	
		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
区分変更申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
更新申請	前回要支援→今回要支援	12か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要支援→今回要介護	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要支援	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要介護	12か月	3か月～24か月	12か月	3か月～24か月

※平成29年4月から適用

3. 塩尻市の訪問型サービス・ 通所型サービスの基準

塩尻市の訪問型サービス

サービス種別	現行の訪問介護相当	多様なサービス	
	現行の訪問介護に相当するサービス	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	訪問型サービスB (住民主体などによるサービス)
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助 調理・洗濯・掃除等の日常生活の援助 ○ 身体介護 入浴、排泄、食事等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助 調理・洗濯・掃除等の日常生活の援助 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活支援 調理・洗濯・ごみ出し等の生活の支援
従事者の員数	<ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者※1 常勤・専従1以上 ○ 訪問介護員等：常勤換算で2.5人以上 【資格要件：介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】 ○ サービス提供責任者※2 常勤の訪問看護員のうち、利用者40人に1人以上 【資格要件：介護福祉士、看護師、准看護師、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者等 県の基準による】 <p>※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能</p> <p>※2 一部非常勤職員も可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者(資格要件なし)： 専従1以上※1 ○ 従事者(非常勤可)：必要数 【資格要件：介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】 ○ 訪問従事責任者： 従事者のうち、必要数 【資格要件：従事者に同じ】 <p>※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 従事者：必要数 【資格要件：市が指定する研修修了者】

サービス種別	現行の訪問介護相当	多様なサービス	
	現行の訪問介護に相当するサービス	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	訪問型サービスB (住民主体などによるサービス)
運営基準	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個別サービス計画の作成 ○ 運営規定等の説明・同意 ○ 提供拒否の禁止 ○ 従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ○ 秘密保持等 ○ 事故発生時の対応 ○ 廃止・休止の届出と便宜の提供等 (現行の基準と同様) 		○ 委託仕様書による
設備基準	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ○ 必要な設備・備品 		
報酬単価	予防給付と同様の基準 週1回程度 11,925円/月 週2回程度 23,840円/月 週2回を超える利用(要支援2のみ) 37,817円/月 (加算・減算あり)	現行予防給付の70% ・1回が30～60分未満 週1～2回 2,040円/回 週2回程度(要支援2のみ) 2,040円/回 ・1回が30分未満 1,000円/回 (加算・減算なし)	1回が30～60分未満の利用 1,000円/回 (加算・減算なし)
利用者負担	利用者の負担割合による (1割・2割または3割)	利用者の負担割合による (1割・2割または3割)	利用者の負担割合による (1割・2割または3割)
費用決済	国保連経由(事業者指定)	国保連経由(事業者指定)	直接支払い(市との委託契約)

塩尻市の通所型サービス

サービス種別	現行の通所介護相当	多様なサービス		
	現行の通所介護に相当するサービス	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	通所型サービスC (短期集中予防サービス)	
			運動器の機能向上 特化型コース	口腔・栄養指導 総合コース
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 予防通所介護と同様のサービス内容 ・機能訓練、レクリエーション ・健康チェック ・食事、入浴あり ・送迎 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者の閉じ込めり予防や自立支援に資する通所事業 ○ 入浴、食事提供なし ・健康体操、レクリエーション ・体調の確認・記録 ・送迎 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 運動機能向上に特化したプログラムの提供 ・運動機能向上 ・体調の確認・記録 ・送迎 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 運動機能向上や口腔機能向上・栄養改善にプログラムの提供 ・運動機能向上 ・口腔機能向上 ・栄養改善 ・体調の確認・記録 ・送迎
提供時間	2時間以上	2時間以上	1人あたり週1回 1時間30分以上 1クール6カ月	
従事者の員数	<ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者※1: 常勤・専従1以上 ○ 生活相談員: 専従1以上 ○ 看護職員: 専従1以上 (他の職務との兼務可) ○ 介護職員: 15人以下:専従1以上 15人以上:利用者1人に専従0.2以上 ○ 機能訓練指導員: 1以上 <p>※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者※1: 専従1以上 ○ 従事者: 15人以下:専従1以上 15人以上:利用者1人に必要数 ○ 主治医との連絡体制を整備 <p>※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者※1: 専従1以上 ○ 個別指導及び個別評価ができる従事者: 15人以下:専従1以上 15人以上:利用者1人に必要数 ○ 事故等に対応できる看護職員等1 (他の職務との兼務可) ○ 主治医との連絡体制を整備 <p>※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能</p>	

サービス種別	現行の通所介護相当	多様なサービス		
	現行の通所介護に相当するサービス	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	通所型サービスC (短期集中予防サービス)	
			運動器の機能向上 特化型コース	口腔・栄養指導 総合コース
運営基準	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個別サービス計画作成 ○ 運営規定等の説明・同意 ○ 提供拒否の禁止 ○ 利用者に対する施設等の衛生管理 ○ 秘密保持等 ○ 事故発生時の対応 ○ 廃止・休止の届出と便宜の提供等 (現行の基準と同様) 		○ 委託仕様書による	
設備基準	<ul style="list-style-type: none"> ○ 食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ○ 静養室、相談室、事務室 ○ 消防設備 ○ 必要なその他の設備、備品 	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービス提供に必要な場所(3㎡×利用定員以上)、 ○ 必要な設備、備品 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 機能訓練室等サービス提供に必要な場所 (3㎡×利用定員以上) ○ 必要な設備、備品 	
報酬単価	予防給付と同様の基準 週1回程度 16,700円/月 週2回程度 34,242円/月 (加算・減算あり)	予防給付の70% 2,880円/回	サービスA＋機能訓練加算 3,440円/回	サービスA＋機能訓練加算＋栄養・口腔加算 3,530円/回
利用者負担	利用者の負担割合による (1割・2割または3割)	利用者の負担割合による (1割・2割または3割)	利用者の負担割合による (1割・2割または3割)	
費用決済	国保連経由(事業者指定)	国保連経由(事業者指定)	直接支払い(市との委託契約)	

塩尻市の通所型サービス 留意点及び改正点

緩和した基準による通所型サービス

- ① 入浴 ⇒ 従事者の負担増を鑑み、サービスAによる入浴は行わない。
(入浴が必要と認める場合はサービス内容の見直しを検討)
- ② 食事 ⇒ 緩和したサービスは人員基準やサービス内容について、従来のサービス基準を緩和し、1回あたりの利用に入浴、食事を含めないとすることにより報酬単価を減額設定している。そのため、それらのサービス提供はないものと認識。
ただし、サービス提供時間等により食事が必要になる場合において、サービス適用外(実費自己負担)として食事を摂ることを禁じるものではない。
- ③ 送迎 ⇒ 報酬単価に送迎を含んでいるため、基準として送迎を行う。
ただし、自己能力で事業所までの往来が可能である者について、更に自立を促す観点から、通所型サービス計画に位置づけ、市に書面で確認をとった上で送迎を行わないとした場合については、送迎に係る報酬単価を減算することを以って実施しないことも可能とする。
減算については、改めて通知する。

サービスの併用利用について

サービスの重複による利用者の負担限度額を超えることを避けるために、次のとおりサービスの併用利用に制限を設けます。

		訪問型サービス			通所型サービス			
		現行相当	サービスA (基準緩和)	サービスB (住民主体)	現行相当	サービスA (基準緩和)	サービスC (特化型)	サービスC (総合型)
訪問型サービス	現行相当		×	×	○	○	○	○
	サービスA (基準緩和)	×		×	○	○	○	○
	サービスB	×	×		○	○	○	○
通所型サービス	現行相当	○	○	○		×	×	×
	サービスA (基準緩和)	○	○	○	×		×	×
	サービスC (特化型)	○	○	○	×	×		×
	サービスC (総合型)	○	○	○	×	×	×	

利用者との契約・重要事項説明書等について

書類の整備について

次の書類のひな形を市ホームページに掲載します。

- 契約書
- 重要事項説明書
- 運営規程

※事業内容及び手続きについての説明
及び事業実施に対する同意を行うこと

総合事業への移行に伴い 一部文言の変更が必要となります

総合事業への移行により提供するサービスが変わるため、一部文言の変更が必要です。また、利用するサービスにより利用料の表記の変更も必要です。

※ただし、重要事項説明書及び契約書はすべて取り直す必要はなく、変更点を記載した文書を作成する方法でも問題がないと考えます。

サービスの種類(変更の例)

現 行	変更後（総合事業移行後）
介護予防サービス	介護予防・生活支援サービス
介護予防訪問介護	訪問型サービス(第1号訪問事業)
介護予防通所介護	通所型サービス(第1号通所事業)

支給限度額

- 事業者指定によるサービスを利用する場合の支給限度額は次のとおりとします。
ただし、個々の利用者の状況に応じて認められた場合は、連続する6月に限り、1月に10,473単位とします。

対象者区分	支給限度額
要支援1 ・ 事業対象者	5,003単位
要支援2	10,473単位

利用者負担

- 利用者負担割合は、介護給付と同様に1割負担、一定以上の所得者は2割**または3割(平成30年8月以降)**負担とします。
- 事業者指定によるサービスは、高額介護予防サービス費及び高額医療合算介護予防サービス費の対象とします。
- 保険料を滞納している人に対する給付制限は、総合事業においても同様に扱います。(事業対象者を含む。)

4. 介護予防・生活支援サービス事業 の指定

総合事業を開始するための手続きについて①

- みなし指定の事業所および新規参入の事業所
に関しては、塩尻市の指定が必要となります
ので、適切に手続きを行ってください。
- 本市では、事業者指定の対象を「法人格」を
有する者とします。

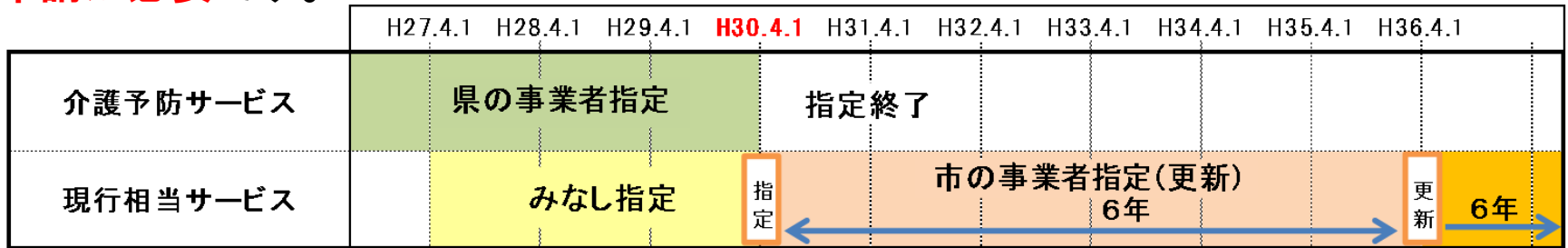
指定の指定手続き及び有効期間について

1 現在みなし指定 今後 現行相当サービスを行う事業者

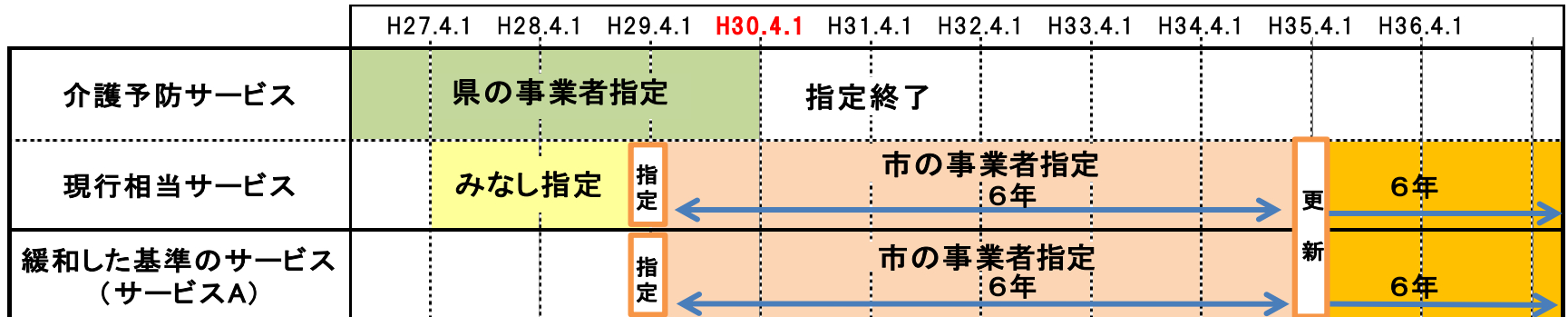
サービスコード



県指定及び現行相当サービスみなし指定期間が終了するため、**市の事業者指定申請が必要**です。



2 既に現行相当サービスの事業者指定を受けている事業者 今回は手続き等の必要はありません。



事業所指定について

事業所指定の効力

- 総合事業に係る事業者指定は、塩尻市の被保険者及び塩尻市に住民票を有する住所地特例者のみに適用します。

他市町村の事業所指定

- 塩尻市内の事業者が他市町村の利用者に対し、総合事業のサービス提供を行う場合は、その市町村から指定を受ける必要があります。
(市町村によってサービス単価が異なります。)
- 塩尻市の利用者が、他市の事業所を利用している場合は、塩尻市への指定申請が必要となります。
(通常の事業実施地域に、塩尻市を対象とする事業者を指定事業者対象とします。)

指定申請について①

指定申請に係る必要書類等

○指定申請に係る必要提出書類について

- ・指定申請書
- ・指定申請に係る添付書類一覧参照

※申請を行う事業所の指定状況等により書類の一部を省略することができます。

指定申請書

様式第1号（第2条関係）

塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

所在地
申請者 名 称 印
代表者氏名

塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業について、第1号事業の指定事業者として指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申 請 者	名 称	(フリガナ)		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)		
者	連 絡 先	電話番号	FAX番号	
	法人の種別			
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 及 び 事 業 の 種 類	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 -)		
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 及 び 事 業 の 種 類	名 称	(フリガナ)		
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)		
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 及 び 事 業 の 種 類	同一所在地において 行う事業の種類	指定申請をする事業の 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	
	訪問介護相当サービス			
	訪問型サービスA			
	通所介護相当サービス			
	通所型サービスA			
介護保険事業者番号（既に指定を受けている場合）				

指定申請書の添付書類(提出書類一覧)

訪問型サービス		通所型サービス	
提出書類		提出書類	
	既存事業者省略可		既存事業者省略可
申請書	塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書(様式第1号) 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業所の指定に係る記載事項(第1号訪問事業)付表1	申請書	塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書(様式第1号) 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業所の指定に係る記載事項(第1号通所事業)付表1
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本等 ※【定款への「地域支援事業」の記載について】既に、「介護予防訪問介護」の記載があれば、「みなし指定」となるため定款の提出は求めませんが、平成30年3月までに「地域支援事業」の記載を追加してください。	●	1 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本等 ※【定款への「地域支援事業」の記載について】既に、「介護予防通所介護」の記載があれば、「みなし指定」となるため定款の提出は求めませんが、平成30年3月までに「地域支援事業」の記載を追加してください。
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) 資格証の写し		2 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)
			3 サービス提供実施単位一覧表(参考様式5) ※サービス提供単位ごとのサービス内容が分かるものを添付
3	管理者経歴書(参考様式2)	●	4 管理者経歴書(参考様式2)
4	事業所の平面図等(参考様式3) 外観及び内部の様子がわかる写真	●	5 事業所の平面図(参考様式3) 外観及び内部の様子がわかる写真
5	運営規程(料金表含む)		6 運営規程(料金表含む)
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(参考様式4)	●	7 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(参考様式4)
7	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)	●	8 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、車検証等)
8	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に反しない旨の誓約書		9 介護保険法第115条の45の5第2項の規定に反しない旨の誓約書
9	役員名簿	●	10 役員名簿
10	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		11 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

注1) 既存事業者とは、既に長野県の指定を受けている市内事業者をいいます。

注2) 既存事業者は、●印のある書類の提出を省略することができます。

注3) 新規に申請する事業者(法人)及び市外の事業者は、原則としてすべての書類を提出してください。

各種届出について①

変更届について

- 指定申請後は、一定の事項(事業所の名称、所在地、申請者の名称、所在地、法人代表者(氏名、住所)、定款又は寄付行為等、事業所(建物)の位置図、平面図、事業所の管理者(氏名、住所)運営規定、介護サービスの請求に関する事項、法人役員(氏名、住所))に変更があった場合は、その旨を速やかに届け出ます。

体制届について

- 現行相当サービスを提供する事業者で、報酬の加算・減算を行う場合は、体制届を提出する必要があります。

休止・廃止届について

- 事業所を休止又は廃止する場合
休止又は廃止の1月前までに届出を提出してください。
- 休止した事業所を再開した場合
再開から10日以内に再開届を提出してください。

法人の定款の変更と運営規定等

総合事業への移行に伴い 一部文言の変更が必要となります

○サービスの種類(変更の例)

現在	変更後（総合事業移行後）
介護予防サービス	介護予防・生活支援サービス
介護予防訪問介護	訪問型サービス(第1号訪問事業)
介護予防通所介護	通所型サービス(第1号通所事業)

※「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」は、平成30年3月31日まで事業を実施するため、それまでは削除しないでください。

※平成27年3月31日までに指定された事業所で、サービスAを実施しない事業者は、平成30年3月31日までは「みなし指定」を受けているので、それまでに変更してください。

※平成27年4月以降に指定を受けた事業所は、「みなし指定」がないため平成29年4月以降に総合事業を行う場合は、それまでに変更が必要です。

5. 指定事業者の請求方法

総合事業請求書 (様式二の三)

要支援認定者の
訪問介護及び通所介護は
様式二の三に完全に切り替ります。

様式二の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 (訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号										平成 年 月 日									
公費受給者番号										保険者番号									
被保険者	被保険者番号 (7桁)										事業所番号								
	氏名														事業所名称				
	生年月日 1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女										所在地								
	要支援 状態区分等 事業対象者・要支援1・要支援2														請求事項				
認定有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで										連絡先 電話番号									
介護予防サービス計画 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成										事業所番号				事業所名称					
開始年月日 平成 年 月 日										中止年月日 平成 年 月 日									
事業費明細書	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分単位数	公費対象単位数	備考											
事業費請求書 (利用者別)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分単位数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	備考										
請求額集計書	①サービス種類コード /②名称											給付率 (/100)							
	③サービス実日数	日	日	日	日	日	日												
	④計画単位数											事業							
	⑤限度額管理対象単位数																		
	⑥限度額管理対象外単位数											公費							
	⑦給付単位数 (④⑤のうち 少ない数) +⑧																		
	⑧公費分単位数																		
	⑨単位数単価	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	合計										
	⑩事業費請求額																		
	⑪利用者負担額																		
⑫公費請求額																			
⑬公費分本人負担																			

報酬請求における留意点

月途中での契約・利用開始・契約解除について

サービス内容	請求方法
介護予防訪問介護 介護予防通所介護	月額包括報酬



現行相当訪問型サービス 現行相当通所型サービス	契約日および解約日を起算日とする 日割り計算
----------------------------	----------------------------------

6. 委託事業者の受託 及び 契約の手続き

事業の受託申請

訪問型サービスB及び通所型サービスCは、仕様書において**委託契約**により実施します。

各事業の仕様書を確認し、受託を希望する場合は、受託事業者申請書を提出してください。

※仕様書 市ホームページに記載

事業者受託申請に係る必要書類等

- 受託申請に係る必要提出書類について
 - ・受託申請書
 - ・受託申請に係る添付書類一覧参照

受託申請書

塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業受託事業者申請書

平成 年 月 日

(宛先)塩尻市長

事業者所在地
事業者名称
事業者代表者

標記の事業を実施する事業者等として、関係書類を添えて応募します。

なお、塩尻市介護予防・日常生活支援総合受託に係る仕様を満たす事業者等であり、
受託申請書及び添付書類の内容についても、事実と相違ありません。

※次の事業のうち、事業実施を申請するいずれかに○をお願いします。

- 1 訪問型サービスB
- 2 通所型サービスC (運動器の機能向上特化型コース)
- 3 通所型サービスC (口腔・栄養指導総合コース)

受託申請書の添付書類(提出書類一覧)

訪問型サービス		通所型サービス	
提出書類		提出書類	
申請書	塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業受託事業者申請書 (様式第1号)	申請書	塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業受託事業者申請書 (様式第1号)
1	塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業実施企画書 (様式第2号)	1	塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業実施企画書 (様式第2号)
2	事業所の平面図等 (参考様式3) 外観及び内部の様子がわかる写真	2	事業所の平面図 (参考様式3) 外観及び内部の様子がわかる写真
3	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に反しない旨の誓約書	5	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に反しない旨の誓約書

事業の委託契約①

訪問型サービスBのおもな仕様

サービス内容	・生活支援(調理・洗濯・ごみ出し等)
サービス提供時間等	1回あたり 30分～60分未満
対象者	・要支援1・2 ・基本チェックリストにより事業対象の該当となった人
運営基準	○ 訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理 ○ 秘密保持等 ○ 事故発生時の対応 ○ 廃止・休止の届出と便宜の提供等
実施方法	業務委託方式 住民主体の自主的活動として行う
事業実施に携わるスタッフ等	・従事者・・・必要数 ・資格要件・・・市の指定する研修修了者であること
設備	事業の運営に必要な広さを有する専門の区画 必要な設備、備品
委託料	・1,000円／回

事業の委託契約②

通所型サービスCのおもな仕様

コース区分	運動器の機能向上特化型コース	口腔・栄養指導総合コース
運営内容	<ul style="list-style-type: none"> ・生活機能を改善するための運動器の機能向上に向けた運動指導 ・個別サービス計画の作成 ・事業の前後で身体能力の評価を行う ・体調の管理・記録 ・送迎 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活機能を改善するための運動器の機能向上に向けた運動指導 ・口腔・栄養の指導 ・個別サービス計画の作成 ・事業の前後で身体能力の評価を行う ・体調の管理・記録 ・送迎
サービス提供時間等	1人あたり週1回 90分以上 1クール6カ月	
対象者	要支援1・2、基本チェックリストにより事業対象の該当となり、短期集中の事業終了後に、一般介護予防に移行できる人	
実施方法	業務委託方式 受託事業者の所有又は管理する施設で実施	
事業実施に携わるスタッフ等	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者 専従1以上 ・個別指導及び個別評価ができる従事者 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、健康運動指導士又は介護予防運動指導員と同等の資格を有する者 ・事故等に対応できる看護職員等1（他の職務との兼務可） 	
設備	機能訓練室等サービス提供に必要な場所（3㎡×利用定員以上） 必要な設備、備品	
委託料	・3,440円／回	・3,530円／回

請求書

(例)通所型サービスC 総合コース

(伝票番号) _____

請 求 書

金額	¥27,534 円
----	-----------

サービス種別等	利用回数	単価	金額
通所型サービスC 総合型 (1割)	6	3,177 円	19,062 円
通所型サービスC 総合型 (2割)	3	2,824 円	8,472 円
		円	0 円
		円	0 円
		円	0 円
		円	0 円
		円	円

業種別、単価別に記入する。
プルダウンから業種を選択する。

単価をプルダウンで選択する。
金額は自動計算するが、必ず確認する。

上記のとおり請求します。下記の口座に振り込んでください。

平成 年 月 日

契約書受注者欄の内容を記入

TEL ()

〒 _____

住 所 _____

(名 称) _____

職・氏名 _____

(あて先) 塩尻市長

印

受注者欄に押印した
代表者印を押印

取引金融機関名 _____

支店名 _____

フリガナ _____

口座名義 _____

預金種別 普 当

口座番号 _____

振込口座の口座名義人情報を
記入する。

46

運動器機能向上のためのサービス継続

通所型サービスCの利用期間は6ヶ月であり、この利用を終了した者は、通所型サービスA または一般介護予防事業の利用に移行をします。

ただし、通所型サービスCを継続希望する者については、一般介護予防事業として、自己負担を求めた上で継続利用を可能とすることとしました。

- 実施期間：平成29年度から平成32年度
(第7期介護保険事業計画期間までの4年間)

ただし、以後については、利用状況および国の制度設計を参考に再検討をします。

《利用料について》

単価：3,440円／回

通所型サービスC(運動器機能向上特化型)の単価基準

※利用者自己負担額：1,000円／回 (おやつ代等別途)

まとめ・今後の予定

指定申請について②

指定の日程

○事業所の指定に関する手続の日程は以下のとおりです。

指定申請書 提出期限	指定日
平成30年2月16日 (金曜日)	平成30年4月1日 (日曜日)

指定の決定後、指定通知書を交付します。
指定を受けた旨を事業所の見やすい場所に標示してください。

今後の予定

平成30年2月16日	指定申請書類提出期限
随時	新規事業者現地確認
4月1日	委託事業者との委託契約 総合事業開始
～4月30日	総合事業サービスコード の変更 (5月の請求に対応)

※ 申請書及び各種届書類は、市ホームページに掲載しています。