

平成29年度
下関市介護保険サービス事業者集団指導

《 個 別 編 》

1、5

(通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

資 料

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
(通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

〔 目 次 〕

実地指導での指摘事項はどのようなものがあるか？	1
勤務形態一覧表に係る留意事項について	6
各種届出の際の留意事項について	7
設備に係る留意事項について	8
屋外におけるサービス提供時の留意事項について	10
サービス提供中の別サービス利用について	11
介護予防・日常生活支援総合事業の指定申請の手続きについて	12

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

実地指導での指摘事項はどのようなものがあるか？

平成28年度は、実地指導を29件実施いたしました。事項別是正改善指導状況の概要は以下のとおりです。

	実地指導時の状況	指導内容
【運営規程重要事項説明書】	<p>運営規程及び重要事項説明書について、内容に誤りや不十分な箇所があった。</p> <p>【重要事項説明書】</p> <p>介護報酬改定にともなう利用料金の変更に ついて、文書により利用者に説明していたが、同意の署名を得ておらず、当該文書を交付していなかった。</p> <p>料金表において、実際に行っているサービスが含まれておらず、実際には行っていないサービスが含まれていた。</p> <p>従業員の勤務体制(常勤・非常勤の別、専従・兼務の別)について記載がなかった。</p> <p>【運営規程・重要事項説明書】</p> <p>従業員の職務内容に関する記載がなかった。</p> <p>従業員の員数及び兼務関係等が実態と異なっていた。</p> <p>利用料の負担割合について、一定以上所得者の場合は2割となる旨の記載がなかった。</p> <p>通常の事業の実施地域外に居住する利用者への送迎費用にかかる記載に誤りがあった。</p>	<p>利用者に対する説明責任として、重要事項説明書及び運営規程において、整合を図った上で誤っている箇所を訂正すること。なお、運営規程に変更が生じた場合は、その日から10日以内に届け出ること。</p> <p>利用料金は、利用者にとって重要な事項であるため、変更する場合は、文書にて説明し同意のうえで交付したことが書面にて確認できるよう、「説明し同意のもと交付を受けました」等の文言を追記し、同意した旨の署名を得る様式に調製すること。また、当該文書は、双方で適切に保管すること。</p> <p>実際に行っているサービスを追記し、行っていないサービスを削除すること。</p> <p>従業員の勤務体制について記載すること。</p> <p>職務内容について記載すること。</p> <p>実態に即した従業員の員数及び兼務関係等に訂正すること。</p> <p>一定以上所得者の負担割合が2割となる記載をすること。</p> <p>誤っている箇所を訂正すること。</p>

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

	実地指導時の状況	指導内容
<p>【運営】</p>	<p>【掲示】</p> <p>掲示されている運営規程及び重要事項説明書の内容が現況と異なっていた。または最新ではなかった。</p> <p>【通所介護計画・介護予防通所介護計画】</p> <p>サービスの実施状況の記録や評価を行い、利用者又は家族に説明しているとのことだったが、評価の内容及び利用者又は家族に説明したことが書面にて確認できなかった。</p> <p>通所介護計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ていたが、一部同意日の遅れが見受けられた。</p> <p>【指定通所介護の具体的方針】</p> <p>(介護予防)通所介護計画に記載されているサービス提供の時間帯が、実態と異なる事例があった。</p> <p>介護予防通所介護計画について、目標や具体的なサービスの内容については記載されているが、サービスの提供を行う期間については設定されていなかった。</p>	<p>現況に合わせた最新の内容の掲示を行うこと。</p> <p>通所介護計画の目標及び内容については、計画期間終了時等には、その実施状況の記録や評価を行いその内容を記録し、利用者又は家族に説明を行った旨も記録すること。</p> <p>通所介護計画に対する同意は、指定通所介護提供前もしくは提供日までに得ること。また、同意後速やかに交付すること。なお、説明を受ける家族が遠方に居住する場合など、やむを得ず交付が遅れる場合は、利用者又は家族に説明を行い、口頭で同意を得るなどし、同意日等必要事項を記録しておくこと。</p> <p>指定(介護予防)通所介護は、(介護予防)通所介護計画に基づいて提供すること。なお、当該計画に位置づけられた援助と、実際に利用者に対し必要な援助が異なる場合は、居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)に連絡を行う等、居宅(介護予防)サービス計画等の変更に係る援助を行うこと。また、援助内容に変更が生じた場合は、速やかに(介護予防)通所介護計画を変更し、利用者に説明し、同意を得た上で交付すること。</p> <p>介護予防通所介護計画に基づき、利用者が課題を克服し、目標を達成するための効果的なサービスを提供するため、当該計画の具体的な期間についても設定すること。</p>

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

	実地指導時の状況	指導内容
【運営】	<p>貴事業所では屋外でのサービスも提供されているが、利用者の通所介護計画への位置付けが不十分であった。</p> <p>介護予防通所介護計画の期間中に当該計画の実施状況の把握(モニタリング)を行い、結果を記録しているが、その結果を介護予防支援事業者に報告していなかった。</p> <p>【秘密保持等】</p> <p>法人役員兼従業者を含む一部の従業者について、秘密保持に関する誓約書を徴収していなかった。</p> <p>【非常災害対策】</p> <p>非常災害を想定した定期的な非難、救出その他必要な訓練が行われていなかった。</p> <p>【会計の区分】</p> <p>指定通所介護事業と指定介護予防通所介護事業の収入額が把握できなかった。</p>	<p>事業所の屋外でサービスを提供することで、効果的な機能訓練等のサービスが提供できる旨を、どの身体機能に作用するかも含めて、あらかじめ通所介護計画へ位置付けること。</p> <p>モニタリングの結果の記録を介護予防支援事業者に報告し、報告した旨を記録しておくこと。</p> <p>秘密保持に関する誓約書は、雇用前に全従業者から徴収すること。</p> <p>非常災害に際しての対策に万全を期すため、必要な訓練については速やかに実施すること。</p> <p>指定通所介護事業と指定介護予防通所介護事業について、決算時にそれぞれの収入額が把握できるよう管理すること。</p>
【設備基準】	<p>届出されている図面が現況と異なっていた。</p>	<p>現況に合わせて平面図の変更を行うか、届出時の状態に回復させること。なお、事業所の平面図の変更を行った場合は、変更の日から10日以内に届け出ること。</p>
【人員】	<p>複数の従業者が生活相談員を兼務しているため、現状の勤務表の様式では、各サービス提供日における生活相談員の配置状況が確認できなかった。また、従業者の兼務状況の記載がなかった。</p>	<p>サービス提供日において、専従の生活相談員が特定できるよう、勤務表の様式を調製すること。また、兼務状況についても記載すること。</p>

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

	実地指導時の状況	指導内容
【 人 員 】	<p>看護職員兼機能訓練指導員として勤務する従業者について、それぞれの職種における従事状況が確認できなかった。</p> <p>通所介護事業所の管理者は、生活相談員としての職務を兼務しているが、月に1日程度、有料老人ホームの夜勤に従事しており、兼務が認められない人員配置となっていた。</p>	<p>勤務状況の明確化と人員管理の適正化の観点から、従業者の兼務関係については、勤務表に全て記載すること。また、各サービス提供日において、専従が要件となる職種の従事時間が特定できるよう、勤務表の様式を調整すること。</p> <p>管理者の他の職務との兼務について、速やかに人員配置の見直しを行うこと。</p>
【 報 酬 】	<p>【個別機能訓練加算()・()共通】</p> <p>個別機能訓練加算()及び()について、個別機能訓練計画に定められている目標が同一である事例があった。</p> <p>個別機能訓練に関する記録について、実績となる実施時間及び訓練内容を記録していたが、個別機能訓練加算()及び()を区分せず記録していたため、それぞれの加算にかかる実施時間及び訓練内容が不明であった。</p> <p>個別機能訓練計画において、「目標」、「実施時間」、「実施方法」の記載がなく、個別機能訓練に関する記録において、「担当者」の記載がなかった。</p> <p>【運動器機能向上加算】</p> <p>運動器機能向上計画において、具体的な実施期間を定めていなかった。</p>	<p>個別機能訓練加算()は身体機能への働きかけを中心に行うものであるが、個別機能訓練加算()は心身機能への働きかけだけでなくADL(食事、排泄、入浴等)やIADL(調理、洗濯、調理等)などの活動への働きかけや、役割の創出や社会参加の実現といった参加への働きかけを行い、心身機能、活動、参加といった生活機能にバランスよく働きかけるものである。したがって、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることを踏まえ、個別機能訓練計画にはそれぞれ適切な目標及び訓練内容を位置づけること。</p> <p>個別機能訓練加算()及び()は、目標にかかる算定要件の趣旨や人員要件も異なることから、各訓練の実施にあたり、実施時間、訓練内容及び担当者について、対応する加算の算定要件を満たしていることが確認できるよう、明確に区別し記録すること。</p> <p>個別機能訓練計画においては、「目標」、「実施時間」、「実施方法」を記載すること。また、個別機能訓練に関する記録には、訓練を実施した「担当者」を記載すること。</p> <p>運動器機能向上計画の実施期間については、おおむね3ヶ月程度の範囲で、具体的な期間を定めること。</p>

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

	実地指導時の状況	指導内容
報酬	<p>訓練開始時に、看護職員等によるリスク評価を行っているとのことであったが、記録を確認できなかった。</p> <p>運動器機能向上加算の実施期間終了後に、事後アセスメントを実施していなかった。</p> <p>【送迎を行わない場合についての減算について】 家族等の送迎により、事業所が自宅への送迎を実施しなかった場合に対象となる減算を行っていなかった。</p> <p>事業所が送迎を実施していない場合における減算を行っていたが、当日の送迎が不要となった理由を記録していなかった。</p> <p>【サービス提供体制強化加算()・()共通】 本加算の算定要件である、所定の職員の割合が確認できる様式を作成していなかった。</p>	<p>リスク評価についても記録できるよう、様式を調製すること。</p> <p>運動器機能向上計画の実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器機能の状況について、事後アセスメントを実施すること。また、その結果を介護予防支援事業者に報告すること。</p> <p>介護報酬にかかる一連のチェック体制を見直すとともに、外に同様の事例がないか自主点検のうえ、本事例のような不適切な請求があれば、過誤調整により自主返還を行うこと。</p> <p>請求の適正を確保し、減算漏れを防ぐ上でも、当該減算については送迎不要となった理由として、事業所に代わり送迎を行った者について、続柄も含めて記録すること。</p> <p>算定要件に定める算定方法により、所定の割合を算出し、算定結果について任意の様式で提出すること。</p>

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

勤務形態一覧表に係る留意事項について

勤務形態一覧表の記載例を以下に示します。

(別紙4-1) (介護予防)通所介護事業所

複数単位ある場合は単位ごとに作成のこと

従業者の勤務の体制及び勤務形態			29年 8月分										事業所名		〇〇デイサービス(2単位目)						
職種	勤務形態	氏名	第1週				第2週				第3週				第4週				勤務時間数		備考 (兼務状況や資格を記入)
			4	5	6	...	4	5	6	...	4	5	6	...	4	5	6	...	4週合計時間数	週平均の勤務時間数	
管理者	B	下関 一郎				160	40	〇〇訪問介護事業所管理者兼務
生活相談員	B	岩国 春子							研	152	38	社会福祉士、介護職員兼務
生活相談員	D	柳井 夏子										介護福祉士、介護職員兼務
看護職員	C	山口 雪										看護師
看護職員	D	周南										看護師、機能訓練指導員兼務
看護職員	D	防府								24	6	看護師、介護職員兼務
介護職員	A	長門								160	40	
介護職員	B	下松								160	40	機能訓練指導員兼務
介護職員	C	萩 次郎										
介護職員	D	宇部 桜子								32	8	機能訓練指導員兼務
「A~D」、「研」についても、それらが示す勤務形態及び勤務時間等を明記すること。			勤務表中において用いる記号等は、それが何を表すのか、事業所の従業者の誰が見ても分かるよう明記しておくこと。										専従する生活相談員 看護職員 研：研修日		兼務する職種は全て記載すること。						
勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：非常勤で専従 D：非常勤で兼務			勤務時間の区分 8：30~17：30 9：00~16：00 9：00~12：00 13：00~16：00 休日：空欄																		

従業者の人員配置が、勤務予定どおりであったかどうかにかかわらず、各サービス提供日において、各従業者が従事した職種、また勤務時間について、業務日誌等に記録するようお願いいたします。なお、従業者が一日で複数の職種（例えば看護職及び機能訓練指導員等）に従事する場合は、それぞれの職種に従事した時間を分けて記録してください。

また、従業者の員数については、運営規程においても定めておくべき事項です。人事異動等により勤務形態一覧表の修正が必要となった場合は、上記例を参考に遺漏のないよう作成の上、**運営規程における従業者の員数の記載内容と必ず整合を図ってください。**（運営規程に変更が生じた場合は10日以内に変更届をご提出ください。）

なお、従業者の員数の変更による運営規程の変更については、「平成25年度下関市介護保険サービス事業者集団指導」資料22ページもご参照ください。

各種届出の際の留意事項について

(1) 地域密着型通所介護と介護予防通所介護を一体的に運営している事業者
指定事項等変更届等の市へ提出が必要な各種様式については、指定居宅サー
ビス及び指定介護予防サービスに係るもの(様式A)、指定地域密着型サー
ビスに係るもの(様式B)で様式が異なります。

そのため、地域密着型通所介護と介護予防通所介護を一体的に運営している
事業者については、以下の届出の際、指定地域密着型通所介護に係る届出(様
式A)と指定介護予防通所介護に係る届出(様式B)の両方が必要となります。

- ・ 指定申請書
- ・ 指定更新申請書
- ・ 指定事項等変更届
- ・ 廃止・休止・再開届出書

指定地域密着型通所介護と指定介護予防通所介護の届出を行う場合、任意様式の添付
書類については両サービス併せて1部の提出で差し支えありませんが、「誓約書」「介
護給付費算定に係る体制等状況一覧表」はそれぞれ様式が異なりますので、必ず両方
のサービスに係るものをご提出ください。

〔ホームページ掲載場所〕

下関市ホームページトップページ (<http://www.city.shimonoseki.lg.jp/>)

事業者の方へ

保健・福祉

介護保険

介護保険サービス事業の申請様式等について(訪問通所系サービス)

様式A

介護保険サービス事業の申請様式等について(地域密着型サービス)

様式B

(2) 平成27年3月31日時点で介護予防通所介護の指定がある事業者

平成26年度末までに介護予防通所介護の指定を受けた事業者については、
介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスのうち、予防給付型
通所サービスのみなし指定を受けているため、みなし指定期間中については、
予防給付型通所サービスに係る指定事項等変更届の提出は省略可能です。(介護
予防通所介護に係る指定事項等変更届は従来どおり提出してください。)

平成29年4月以降に通所型サービスの指定を受けた事業者については、通
所型サービスに係る届出について、別途長寿支援課に提出が必要となりますの
で、留意してください。

設備に係る留意事項について

指定通所介護¹事業所の設備について、下関市では以下のとおり取り扱っております。なお、設備の変更を行う場合は、必ず事前に介護保険課事業者系の担当者にご相談くださいますようお願いいたします。

1 (介護予防)通所介護、地域密着型通所介護、及び(介護予防)認知症対応型通所介護

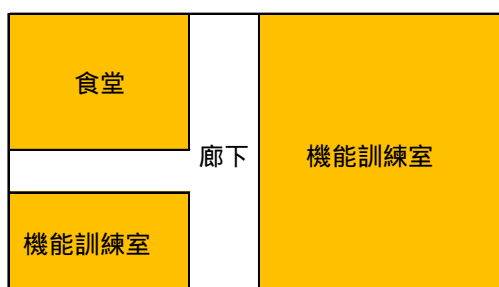
(1) 複数の部屋の設置により、食堂及び機能訓練室の面積を確保する場合

通所介護は、原則として同時に複数の利用者に対し介護を提供するものです。したがって、通所介護の単位をさらにグループ分けして効果的な通所介護の提供が期待される場合を除いては、^{きょうあい}狭隘な部屋を多数設置することにより、所定の食堂及び機能訓練室の面積を確保することは望ましくありません。事業所に複数の食堂及び機能訓練室があり、利用者へのサービス提供が複数の部屋に及ぶ時間においては、利用者の安全の確保及び効果的なサービス提供の観点から、各部屋に従業者を配置してください。



【例1】機能訓練室 にしか利用者がいない場合

機能訓練室 に従業者が配置され、
 利用者の安全が確保できるのであれば、
 食堂・機能訓練室 への従業者の配置は不要



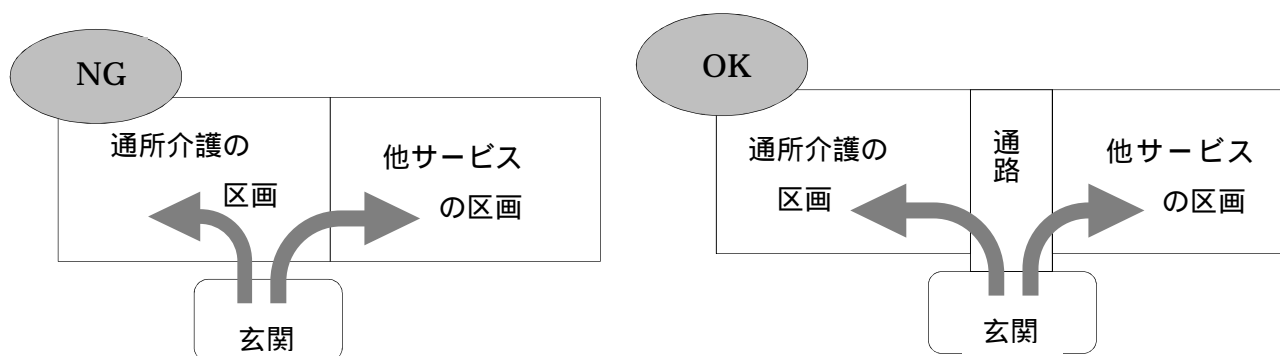
【例2】食堂・機能訓練室 及び に利用者がいる場合

利用者がいる3箇所全てに従業者の配置が必要

なお、各部屋の仕切りを開放する等により、全ての食堂及び機能訓練室に従業者の目が届き、安全管理上問題がないと判断される場合は、別途検討いたしますので、ご相談ください。

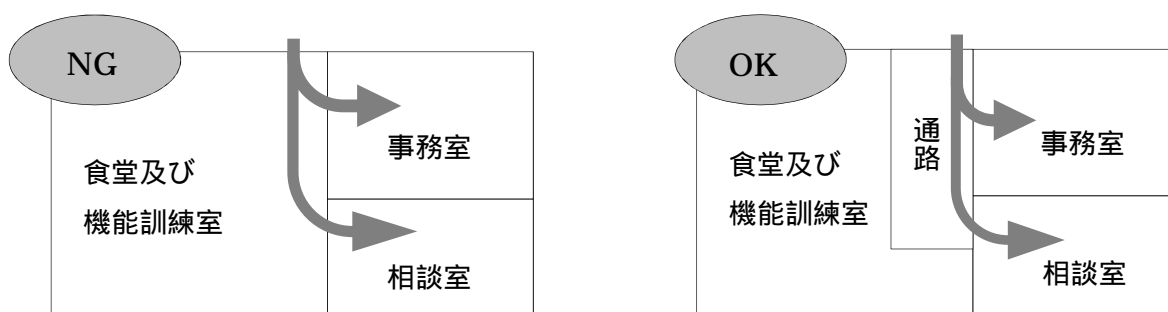
(2) 同一建物内で複数のサービスを運営することについて

通所介護事業所と同一建物内で他のサービスを運営する場合には、通所介護の区画と他サービスの区画とを明確に分け、通所介護の区画は、通所介護事業所の営業時間を通じて、通所介護の専用としてください。また、通所介護に供している食堂及び機能訓練室内に通所介護サービスの利用者や従業者以外の方が立ち入ることのないよう、境界をパーテーション等で仕切っていただくようお願いいたします。



他サービスと相談室、事務室、トイレ等を共用する場合

通所介護事業所において、他サービス（例えば訪問介護事業所等）と相談室等を共用する場合は、訪問介護事業所等の利用者や従業者が、相談室等を利用する際に食堂及び機能訓練室に立ち入ることのないよう、相談室等に行くまでの通路を確保する必要があります。なお、この通路部分は、食堂及び機能訓練室から除く必要があります。



屋外におけるサービス提供時の留意事項について

通所介護¹は事業所において、そのサービスを提供することが原則となっています。

通所介護計画²に適切に位置付けられたサービスを提供する場合であれば、屋外でのサービスも可能とされていますが、この場合、以下について十分留意の上、屋外サービスの提供に当たり適切な対応を行ってください。

- 1 地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、介護予防通所介護を含む。
- 2 地域密着型通所介護計画、(介護予防)認知症対応型通所介護計画、介護予防通所介護計画を含む。

(1) 計画への位置付け

サービス種別	計画への位置付け
(介護予防)通所介護 地域密着型通所介護 (介護予防)認知症対応型 通所介護	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練の範囲として年間事業計画・通所介護計画に位置付けること ・自立支援に効果的な機能訓練等のサービスが提供できること

上記に基づき、屋外でサービスを実施する場合は、効果的な機能訓練等の提供に資することが分かるよう、その目的・達成すべき目標等を明確にしてください。

(2) 屋外サービスの提供場所

近隣住民からの通報等で、介護保険サービス事業者が利用者に対し屋外でのサービスを提供する際に、無断で他者の私有地に侵入していることについての苦情が複数寄せられています。

屋外サービスの提供に当たっては、他者の私有地へ許可なく侵入することがないように、通所介護計画作成時に屋外サービス提供場所及び移動ルートの検討を十分に行ってください。

また、このことについて事業所内での注意喚起を行い、従業員への周知徹底をしていただくようお願いします。

参考

「通所系サービスにおける事業所の屋外でのサービス提供について」

サービス提供中の別サービス利用について

通所サービス提供中に、利用者が別サービス等を利用することはできず、その時点で通所サービスは終了となります。例外的にサービス時間を中抜けとして取扱う理美容サービスを含め、質問・誤解が多い下記の内容について、適切な運営のため各事業所において再度確認・周知徹底をお願いします。

(介護予防)通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護

(1) 買い物(訪問販売を含む)

通所サービス事業所は購買活動を行う場ではないため、利用者が単なる買い物(自身の食料や日用品等の購買)を行うことは介護保険サービス事業とは異なるサービスを受けることとなり、その時点でサービスの終了となります。

屋外サービスとしての買い物や販売業者の訪問を利用しての買い物を行う場合、利用者がサービス提供時間中に購入可能であるのは、通所サービスにおいて利用する物品(レクリエーションの材料等)に限られるため、十分理解のうえ、適切な運営を行ってください。

なお、利用者が単なる買い物のために訪問販売の利用を希望する場合は、販売業者の訪問を通所サービス開始前もしくは終了後にする等調整してください。

(2) 鍼灸・マッサージ

有償・無償を問わず、通所サービス提供時間中に、利用者に対し鍼灸・マッサージを提供することはできません。鍼灸・マッサージを提供する場合は、時間を明確に区分し、通所サービス開始前もしくは終了後に実施してください。

なお、あん摩マッサージ指圧師の資格を有する従業者を機能訓練指導員として配置し、機能訓練の一環としてマッサージを提供することは可能です。この場合においては、当該施術は通所サービスの基本報酬の中で評価されるため、利用者から別に料金を徴収することはできません。

(3) 理美容サービス

理美容サービスは、介護保険による通所サービスには含まれませんが、通所サービスの提供場所において、利用者の自己負担により理美容サービスを受けることは問題ありません。

その際は、利用者に必要な通所サービスの提供プログラム等に影響しないよう十分配慮するとともに、理美容サービスに要した時間については、通所サービスの提供時間から除いてください。

介護予防・日常生活支援総合事業の指定申請の手続きについて

介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)のサービス提供に当たっては、次の表のように指定事業所の指定申請の手続きが必要です。

区 分	総合事業指定申請の必要性(平成30年度当初から事業を開始する場合)	
	訪問型サービス 予防給付型 通所型サービス 予防給付型	訪問型サービス 生活維持型 通所型サービス 生活維持型、運動特化型 短時間運動特化型、短期集中型
みなし指定事業者 (平成27年3月31日までに指定を受けた事業者)	H30.2.28までに更新申請 (H30.3.31までのみなし指定の更新)	新規申請(随時)
平成27年4月1日以降に指定を受けた事業者	新規申請(随時)	新規申請(随時)

介護予防訪問介護又は介護予防通所介護に係る指定介護予防サービス事業所の指定をいう。

1 指定申請の手続きについて

新規申請にあたり次の書類の提出が必要です。(更新の申請の場合も同様です。)

1. 下関市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所(指定・指定の更新)申請書(様式第1号)及びそれぞれの事業に応じた付表
2. 申請に係る事業に係る第1号事業支給費の請求に関する事項
3. 従業者の勤務の体制及び勤務形態
4. 誓約書
5. 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
6. 付近の案内図又は地図
7. 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示すること。)並びに設備の概要
8. 管理者の経歴を記載した書類
9. 運営規程
10. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
11. 申請に係る事業に係る資産の状況
12. 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書類
13. 事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う拠点を有するときは、当該拠点の名称及び所在地を記載した書類
14. 事業所の外観及び指定基準の要件となっている設備等の写真

みなし指定事業者は、有効期限が平成30年3月31日までのみなし指定の更新が必要になります。

平成30年2月28日までに更新申請してください。

なお、指定の更新申請にあたり、届出事項に変更がないときは書類の省略が可能となります。

この場合は、次の書類をご提出ください。

1. 下関市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所(指定・指定の更新)申請書(様式1号)及びそれぞれの事業に応じた付表
2. 申請に係る事業に係る第1号事業支給費の請求に関する事項
3. 従業者の勤務の体制及び勤務形態
4. 誓約書

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

2 申請窓口等について

下関市における総合事業に係る事業者指定は、下関市が行います。

申請窓口は、長寿支援課支援係です。なお、指定居宅サービス事業者等が同一の事業所で一体的に運営するものとして、当該指定居宅サービス事業者等の指定(指定の更新)の申請と総合事業の指定事業者の指定(指定の更新)の申請を同時に行う場合は、これらの申請書類を、併せて介護保険課事業者係に提出してください。

【参考】平成30年度の指定申請窓口

提供するサービス		必要な事業者指定	申請(提出)窓口
介護給付	訪問(通所)介護等	指定居宅サービス事業者等の指定	介護保険課事業者係
総合事業	予防給付型等	総合事業の指定事業者の指定	長寿支援課支援係
介護給付+ 総合事業(一体的運営)		の場合で 総合事業のみ申請 (の指定は受けているとき)	長寿支援課支援係
介護給付+ 総合事業(一体的運営)		の場合で同時申請するとき	介護保険課事業者係

これらの指定申請書の提出期限は、介護保険サービス事業者の指定申請と同様、指定予定月の前々月末日となります。

3 手数料について

みなし指定事業者は、今回の指定の更新にあたる手数料は不要です。

総合事業の指定事業者の指定に関し、同一の事業所において一体的に運営する指定居宅サービス事業者等の指定(指定の更新)の申請と同時に総合事業の指定事業者の指定(指定の更新)の申請をする場合を除き、手数料が必要となります。指定居宅サービス事業者等の指定の更新の際に、総合事業の指定有効期間の短縮の申出を行なうことで、同時申請とすることについて、ご検討いただきますようお願いいたします。

4 指定申請書の作成について

下関市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(指定・指定の更新)申請書(様式第1号)及びそれぞれの事業に応じた付表の作成上の注意点について、次頁から各表にまとめましたので、申請書の作成の際はご注意ください。

資料の問合せ先：下関市南部町1番1号 下関市福祉部長寿支援課 支援係(新館2階2番窓口)
TEL：083-231-1340 FAX：083-231-1948

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

様式第1号(第2条関係)

年 月 日

下関市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者(指定・指定の更新)申請書

(宛先)下関市長

新規申請の場合は45の5第1項
 更新申請の場合は45の6第4項
 において…にご記入ください。

申請者 郵便番号
 主たる事務所の所在地
 ふりがな 名称
 代表者の氏名
 電話 ()
 F A X ()

代表者の氏名は法人の代表者をご記入ください。
 また印鑑は法人の代表者印を押印してください。

次のとおり第1号事業に係る介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の
 指定 指定の更新 を
 受けること、介護保険法第115条の45の5第1項
 介護保険法第115条の45の6第4項において準用する同法第115条の45の5第1項
 の規定により、関係書類を添えて申請します。

代表者	住所	代表者の住所・職・氏名は役員名簿などに記載する住所・職・氏名をご記入ください。				
	ふりがな 職・氏名	生年月日	年 月 日			
事業所	所在地	実際に第1号訪問事業及び通所事業を実施する事業所の所在地・名称をご記入ください。				
	ふりがな 名称	電話 ()	FAX ()			
指定を受けようとする事業	指定(更新)を受けようとする事業の種類		実施事業	事業開始予定年月日	直近の指定年月日	
	第1号事業	第1号訪問事業(訪問型サービス)	予防給付型	年 月 日	年 月 日	
			生活維持型	年 月 日	年 月 日	
		第1号通所事業(通所型サービス)	予防給付型	H30年 4月 1日	年 月 日	実施事業にご記入ください。また事業開始予定年月日をご記入ください。直近の指定年月日は平成30年の申請時点では記入不要です。
			生活維持型	年 月 日	年 月 日	
	第1号事業の介護保険事業所番号		事業所番号をご記入ください。(介護予防訪問介護・介護予防通所介護と同一の番号)第1号事業のみの申請の場合は記入不要です。	日	年 月 日	
	同一所在地において一体的に行う事業の種類		実施事業	事業開始予定年月日	直近の指定年月日	
	居宅サービス事業 地域密着型サービス事業 介護予防サービス事業	訪問介護	年 月 日	H27年 4月 1日	実施事業にご記入ください。また直近の指定年月日をご記入ください。事業開始予定年月日は新規申請以外は記入不要です。	
		通所介護	年 月 日	年 月 日		
		地域密着型通所介護	事業所番号をご記入ください。(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・介護予防通所介護のうち指定を受けているもの)	日		年 月 日
介護予防訪問介護		日	年 月 日			
介護保険事業所番号		日	年 月 日	市名		

注1 「代表者」欄は、指定を受けようとする法人の代表者の職氏名、生年月日及び住所を記入すること。
 2 「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 を記入すること。
 3 「現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、指定の更新の申請の場合に記入すること。
 4 訪問型サービスの指定を受けようとするときは付表1を、通所型サービスの指定を受けようとするときは付表2を添付すること。
 5 他の市町村で指定事業者の指定を受けている場合は、当該指定書の写しを添付すること。

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

付表1

訪問型サービスの指定事業所の指定(更新)に係る記載事項

事業所の名称						
指定を受けようとする事業の種類		第1号訪問事業(訪問型サービス) ()				
管理者	住所	管理者の経歴書に記載する内容と同一の内容をご記入ください。				
	ふりがな氏名	また訪問介護員等兼務する職種がある場合はご記入ください。		生年月日	年月日	
	兼務の概要	申請に係る事業所で兼務する場合	兼務する職種			
		同一敷地内の他の事業所等で兼務する場合	事業所等の名称			
		兼務する職種				
責任者	住所	訪問管理責任者の住所・氏名をご記入ください。責任者が複数居る場合は人数分ご記入ください。				
	ふりがな氏名			生年月日	年月日	
	住所					
	ふりがな氏名			生年月日	年月日	
利用者の推定数	利用者の推定数をご記入ください。(予定人数でご記入ください) 人					
従業者の員数	職種	常勤		非常勤		常勤換算後の員数
		専従	兼務	専従	兼務	
	訪問介護員等	人	人	人	人	従業者の員数は勤務体制表と同一の内容をご記入ください。
従事者	人	人	人	人		
主な揭示事項	営業日					
	営業時間	平日	~			~
		備考				
	利用料	法定代理受領分(1割・2割負担分)				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
通常の事業実施地域	交通費(実施地域以外)をご記入ください。 下関市全域など実施地域をご記入ください。					

- 注1 この付表は、指定を受けようとする事業の種類ごとに作成すること。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付すること。
 3 「兼務の概要」欄は、管理者が兼務する場合にのみ記入すること。
 4 「責任者」欄は、サービス事業責任者又は訪問事業責任者の住所、氏名、生年月日を記入すること。
 5 指定の更新の申請の場合において、「利用者の推定数」欄は、前3月の平均利用者数を記入すること。
 6 「主な揭示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付してもよいこと。

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

付表2

通所型サービスの指定事業所の指定(更新)に係る記載事項

事業所の名称					
指定を受けようとする事業の種類		第1号通所事業(通所型サービス) ()			
管理者	住所	管理者の経歴書に記載する内容と同一の内容をご記入ください。			
	ふりがな氏名	また機能訓練指導員等兼務する職種がある場合はご記入ください。		生年月日	年 月 日
	兼務の概要	申請に係る事業所で兼務する場合	兼務する職種		
		同一敷地内の他の事業所等で兼務する場合	事業所等の名称		
			兼務する職種		
事業の実施単位数	単位	単位ごとの定員	1単位目	人	
			2単位目	人	
			3単位目	人	
従業者の員数	職 種	常 勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
	生活相談員	人	人	人	人
	看護職員	人	人	人	人
	介護職員又は従事者	人	人	人	人
機能訓練指導員等	人	人	人	人	
食堂及び機能訓練室の合計面積又はサービスを提供するために必要な場所の面積			m ²		
主な 掲 示 事 項	営業日	付表2別紙の単位ごとの営業日による。			
	営業時間	付表2別紙の単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)による。 (: ~ : : ~ : ~ :)			
	利用定員	人 (単位ごとの定員: 人 人 人)			
	利 用 料	法定代理受領分(1割・2割負担分)			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業実施地域					

事業の種類(予防給付型・生活維持型等)をご記入ください。

事業の実施単位数をご記入ください。また単位ごとの定員をご記入ください。

従業者の員数は勤務体制表と同一の内容をご記入ください。

食費・オムツ代等をご記入ください。

下関市全域など実施地域をご記入ください。

- 注1 この付表及び付表別紙は、指定を受けようとする事業の種類ごとに作成すること。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載、又は別葉に記載した書類を添付すること。
 3 「兼務の概要」欄は、管理者が兼務する場合にのみ記入すること。
 4 従業者の員数は、合計数を記入すること。
 5 「主な揭示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付してもよいこと。
 6 当該通所型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該通所型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出すること。

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5

(通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

付表2別紙

通所型サービスの指定事業者の指定(更新)に係る記載事項

実施単位が2単位以上の場合に
ご記入ください。

事業所の名称						
単位目	単位ごとの従業者の員数	職 種	常 勤		非常勤	
			専従	兼務	専従	兼務
		生活相談員	人	人	人	人
		看護職員	人	人	人	人
		介護職員又は従事者	人	人	人	人
	機能訓練指導員等	人	人	人	人	
食堂及び機能訓練室の合計面積又はサービスを提供するために必要な場所の面積			m ²			
単位ごとの営業日						
単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く。)		: ~ :				
単位ごとの定員		人				
単位目	単位ごとの従業者の員数	職 種	常 勤		非常勤	
			専従	兼務	専従	兼務
		生活相談員	人	人	人	人
		看護職員	人	人	人	人
		介護職員又は従事者	人	人	人	人
	機能訓練指導員等	人	人	人	人	
食堂及び機能訓練室の合計面積又はサービスを提供するために必要な場所の面積			m ²			
単位ごとの営業日						
単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く。)		: ~ :				
単位ごとの定員		人				
単位目	単位ごとの従業者の員数	職 種	常 勤		非常勤	
			専従	兼務	専従	兼務
		生活相談員	人	人	人	人
		看護職員	人	人	人	人
		介護職員又は従事者	人	人	人	人
	機能訓練指導員等	人	人	人	人	
食堂及び機能訓練室の合計面積又はサービスを提供するために必要な場所の面積			m ²			
単位ごとの営業日						
単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く。)		: ~ :				
単位ごとの定員		人				

平成29年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》1、5
 (通所介護、地域密着型通所介護、介護予防通所介護、
 認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)

付表3

第1号事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所所在地以外の場所で一部実施する場合にご記入ください。

事業所	所在地			
	ふりがな 名称		電話() FAX()	
主な 掲 示 事 項	営業日			
	営業時間			
	利用定員			
	利用料	法定代理受領分(1割・2割負担分)		
		法定代理受領分以外		
	その他の費用			
通常の事業実施地域				

- 注1 この付表は、指定を受けようとする事業の種類ごとに作成すること。
 2 記入欄が不足する場合は、別葉に記載した書類を添付すること。
 3 「主な掲示事項」欄については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付してもよいこと。
 4 「利用定員」欄は、通所型サービスを提供する場合に記入すること。