

栃市地包号外  
平成31年3月22日

介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所 御中

栃木市長 大川 秀子  
(公印省略)

介護予防・日常生活支援総合事業に係る「市独自（基準緩和）型サービス」の  
指定申請について（依頼）

日頃より本市介護保険及び高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

栃木市における介護予防・日常生活支援総合事業につきましては、平成29年4月から2年を経過するところですが、標記サービスについてはサービス利用が進まず、多くの利用者が従前の介護相当サービスを利用している状況です。

総合事業では、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の介護予防を目的に地域の実情に応じた多様なサービスを整備するなどの地域づくりを進めていくこととしています。

そのため、従前の介護相当サービスの指定を受けている事業者につきましては、市独自（基準緩和）型サービスの指定を受け、サービス利用者の受入をお願いいたします。

なお、2019年10月に総合事業の改正を予定しており、サービス利用については、国のガイドラインに則り、市独自型サービス利用への移行を検討中です。

各事業所につきましては下記のスケジュールで書類を提出いただきたくご通知申し上げます。なお、書類提出の際には個別に面談を実施いたしますので、事前に担当までご連絡いただき、日程調整の上、書類の提出をお願いいたします。

|     | 提出期限                       | 対象地域（事業所所在地）                        |
|-----|----------------------------|-------------------------------------|
| 第1回 | 2019年7月 1日（月）<br>～7月31日（水） | 栃木地域（栃木・国府・大宮地区）、<br>都賀地域、西方地域      |
| 第2回 | 2019年8月 1日（木）<br>～8月30日（金） | 栃木地域（吹上・皆川・寺尾地区）、<br>大平地域、藤岡地域、岩舟地域 |

※この申請での指定予定年月日は、2019年10月1日となります。

栃木市地域包括ケア推進課  
地域包括ケア推進係 沼尾  
TEL：0282-21-2247

## 指定申請書類について

現在、従前の介護相当サービスの指定を受けている事業所で、緩和した基準によるサービスの指定を受ける場合の提出書類の取扱いについては、以下のとおりとします。

| 申請書類及び添付書類 |                                     | 緩和した基準による<br>訪問型サービス |     | 緩和した基準による<br>通所型サービス |     |
|------------|-------------------------------------|----------------------|-----|----------------------|-----|
|            |                                     | 一体型                  | 単独型 | 一体型                  | 単独型 |
| 1          | 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書           | ○                    | ○   | ○                    | ○   |
| 2          | 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項（付表1）           | ○                    | ○   |                      |     |
| 3          | 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項（付表2）           |                      |     | ○                    | ○   |
| 4          | 申請者の登記事項証明書又は条例等                    | △                    | △   | △                    | △   |
| 5          | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表                   | △                    | ○   | △                    | ○   |
| 6          | 資格証等の写し                             | △                    | ○   | △                    | ○   |
| 7          | サービス提供責任者（訪問事業責任者）の経歴書              | △                    | ○   |                      |     |
| 8          | 事業所の平面図、外観および内部の写真（カラー）             | 不要                   | ○   | 不要                   | ○   |
| 9          | 設備・備品等一覧表                           |                      |     | 不要                   | ○   |
| 10         | 運営規程                                | △                    | △   | △                    | △   |
| 11         | 重要事項説明書                             | ○                    | ○   | ○                    | ○   |
| 12         | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要            | △                    | ○   | △                    | ○   |
| 13         | サービス提供実施単位一覧表                       |                      |     | ○                    | ○   |
| 14         | 誓約書                                 | ○                    | ○   | ○                    | ○   |
| 15         | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る<br>体制等に関する届出書 | ○                    | ○   | ○                    | ○   |
| 16         | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る<br>体制等状況一覧表   | ○                    | ○   | ○                    | ○   |
| 17         | 消防法及び建築基準法に係る書類                     |                      |     | △                    | △   |
| 18         | サービス提供形態等報告書<br>（緩和した基準によるサービスのみ）   | ○                    | ○   | ○                    | ○   |

追加

### ◆一体型と単独型の区分について

- ※ 一体型・・・同一の事業所において介護相当サービスと一体的に運営する場合
- ※ 単独型・・・①同一の事業所であっても介護相当サービスとは別の区画で事業を行う場合  
②緩和した基準によるサービスのみ事業を行う場合

### ◆提出書類について

- ※ ○印の書類は必ず提出してください。
- ※ △印の書類は次の特記事項を確認の上、必要に応じて提出してください。

## ◆特記事項

- ・ 付表 1（訪問）、付表 2（通所）

緩和した基準によるサービスについて記載（追記）してください。

- ・ 申請者の登記事項証明書又は条例等（共通）

目的が「介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業」や「介護保険法に基づく第 1 号訪問（通所）事業」に変更されている場合には提出不要です。

- ・ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（共通）

一体型の場合で、訪問型サービスの利用者の数や通所型サービスの定員に変更がない場合は提出不要です。

- ・ 資格証等の写し（共通）

一体型の場合で、上記に伴う人員の変更がない場合は提出不要です。

- ・ 訪問事業責任者の経歴書（訪問）

一体型の場合で、利用者の数に応じたサービス提供責任者が配置されている場合は提出不要です。

- ・ 運営規程（共通）

サービス等の表記が変更されている場合は提出不要です。

（例）介護予防訪問（通所）介護 ⇒ 第 1 号訪問（通所）事業

- ・ 重要事項説明書（共通）

緩和した基準によるサービスの内容について、勤務体制や利用料金等を記載してください。

- ・ 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（共通）

窓口や処理手順等、内容に変更がなければ提出不要です。

- ・ 消防法及び建築基準法に係る書類（通所）

関係法令に適合している確認が取れている場合は提出不要です。

- ・ サービス提供形態等報告書（共通）

緩和した基準によるサービスの利用促進を図るため、当該報告書をもとにケアマネジャー等に情報提供を行いますので、書類の作成をお願いします。

## サービス提供形態等報告書（第 1 号訪問事業）

|                                 |    |   |  |
|---------------------------------|----|---|--|
| サービスの種類                         |    | 緩和した基準による訪問型サービス  |  |
| 事業所名                            |    |   |  |
| 指定番号                            |    |   |  |
| 所在地                             |    |   |  |
| サービス提供<br>実施区域                  |    |   |  |
| 営業時間<br>(受付時間)                  |    |   |  |
| 提供<br>曜日・<br>提供時間               | 曜日 | 時間  |  |
|                                 | 月  | ～   |  |
|                                 | 火  | ～   |  |
|                                 | 水  | ～   |  |
|                                 | 木  | ～   |  |
|                                 | 金  | ～   |  |
|                                 | 土  | ～   |  |
|                                 | 日  | ～   |  |
| 休業日                             |    |   |  |
| サービス<br>提供内容<br>(生活援助)          |    |   |  |
| 提供体制                            |    | <input type="checkbox"/> 一体型※ <sup>1</sup> ・ <input type="checkbox"/> 単独型 |  |
| 従事者の資格※ <sup>2</sup><br>(非公開情報) |    |   |  |
| アピール<br>ポイント                    |    |   |  |
| 窓口担当者                           |    |   |  |
| 電話番号                            |    | FAX 番号  |  |

※ 1 : 同一の事業所において従前の介護相当サービスと一体的に運営する場合

※ 2 : 「介護福祉士」「介護職員初任者研修等修了者」等の資格や「市が指定する研修受講者（栃木市生活サポーター・あったかいご員）」の有無を記入してください。

※ 3 : チラシなどがある場合にはご提供ください。

## サービス提供形態等報告書（第 1 号通所事業）

|                         |    |   |    |
|-------------------------|----|---|----|
| サービスの種類                 |    | 緩和した基準による通所型サービス  |    |
| 事業所名                    |    |   |    |
| 指定番号                    |    |   |    |
| 所在地                     |    |   |    |
| サービス提供<br>実施区域          |    |   |    |
| 営業時間<br>(受付時間)          |    |   |    |
| 提供曜日・<br>提供時間・<br>定員    | 曜日 | 時間  | 定員 |
|                         | 月  | ～   |    |
|                         | 火  | ～   |    |
|                         | 水  | ～   |    |
|                         | 木  | ～   |    |
|                         | 金  | ～   |    |
|                         | 土  | ～   |    |
|                         | 日  | ～   |    |
| 休業日                     |    |   |    |
| サービス<br>提供内容<br>(運動・レク) |    |   |    |
| 提供体制                    |    | <input type="checkbox"/> 一体型※ <sup>1</sup> ・ <input type="checkbox"/> 単独型 |    |
| アピール<br>ポイント            |    |   |    |
| 利用者負担※ <sup>2</sup>     |    |   |    |
| 送迎の範囲                   |    |   |    |
| 窓口担当者                   |    |   |    |
| 電話番号                    |    | FAX 番号  |    |

※ 1 : 同一の事業所において従前の介護相当サービスと一体的に運営する場合

※ 2 : 利用料以外の「その他の費用」について記入してください。

※ 3 : チラシなどがある場合にはご提供ください。