

## 春日井市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施について、必要な事項を定めるものとする。

### (定義)

第2条 この要綱において使用する用語の意義は、法、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）及び介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196号）の例による。

### (総合事業の内容)

第3条 市長は、総合事業として、次に掲げる事業又はサービスを行う。

#### (1) 第1号事業

##### ア 第1号訪問事業

(ア) 介護予防訪問介護相当サービス（第1号訪問事業のうち、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号。以下この号において「改正法」という。）第5条による改正前の介護保険法第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護（以下「旧介護予防訪問介護」という。）に相当するものとしてこの要綱により定められるサービスをいう。）

(イ) 緩和した基準によるサービス（第1号訪問事業のうち、緩和した基準によるサービスをいう。）

(ウ) 短期集中型サービス（第1号訪問事業のうち、短期集中的に実施するサービスをいう。）

(エ) 住民主体のサービス（第1号訪問事業のうち、住民主体により提供されるサービスをいう。）

イ 第1号通所事業

(ア) 介護予防通所介護相当サービス（第1号通所事業のうち、改正法第5条による改正前の介護保険法第8条の2第7項に規定する介護予防通所介護（以下「旧介護予防通所介護」という。）に相当のものとしてこの要綱により定められるサービスをいう。）

(イ) 緩和した基準によるサービス（第1号通所事業のうち、緩和した基準によるサービスをいう。）

(ウ) 短期集中型サービス（第1号通所事業のうち、短期集中的に実施するサービスをいう。）

(エ) 住民主体のサービス（第1号通所事業のうち、住民主体により提供されるサービスをいう。）

ウ 第1号生活支援事業 配食サービス

エ 第1号介護予防支援事業

(2) 一般介護予防事業

ア 介護予防把握事業

イ 介護予防普及啓発事業

ウ 地域介護予防活動支援事業

エ 一般介護予防事業評価事業

オ 地域リハビリテーション活動支援事業

(対象者)

第4条 第1号事業（住民主体のサービスを除く。）の対象者は、次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) 居宅要支援被保険者

(2) 省令第140条の62の4第2号に規定する者（以下「事業対象者」という。）

2 住民主体のサービス及び一般介護予防事業の対象者は、全ての第1号被保険者及び当該サービス等に関わる者とする。

(総合事業の実施方法)

第5条 市長は、総合事業について、市が直接実施するもののほか、次に掲げる方法により実施できるものとする。

- (1) 指定事業者による実施
- (2) 法第115条の47第4項に規定する委託
- (3) 省令第140条の62の3第1項第2号に規定する補助
- (4) 春日井市配食サービス利用助成金交付要綱（平成23年4月1日施行）第10条の規定により市に登録した事業者による実施  
(利用手続)

第6条 サービスを利用しようとする事業対象者は、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

- (1) 被保険者証
- (2) 平成27年厚生労働省告示第197号に定める基本チェックリストの結果

2 前項の規定にかかわらず、市長は、法第115条の46第3項の規定により設置された地域包括支援センターに利用手続を委託することができる。

（第1号事業の利用）

第6条の2 事業対象者は、基本チェックリストによる判定の実施日から第1号事業を利用することができる。

2 基本チェックリストによる判定の実施日が、要介護認定有効期間又は要支援認定有効期間（以下「認定有効期間」という。）内にある場合は、認定有効期間の終了日の翌日から第1号事業を利用できるものとする。この場合において、認定有効期間が30日を超えて存在している場合には、基本チェックリストによる判定を実施することはできない。

（有効期間）

第7条 事業対象者の有効期間は、基本チェックリストによる判定の実施日から1年間とする。ただし、当該実施日が月の初日でない場合にあっては、その日の属する月の翌月の初日から有効期間を起算するものとする。

2 前条第2項の規定が適用される場合においては、前項の規定中「基本チェックリストによる判定の実施日」とあるのは、「認定有効期間の終了日の翌日」と読み替えて適用するものとする。

(有効期間の更新)

第8条 事業対象者は、前条に定める期間の末日の30日前から当該末日までの間に再び基本チェックリストによる判定を実施することによりその有効期間を更新することができる。

2 前項における有効期間は、従前の有効期間の終了日の翌日から1年間とする。

(第1号事業に係る費用の額)

第9条 第1号訪問事業費、第1号通所事業費及び第1号介護予防支援事業費の額は、別表の区分及びサービス種類ごとに定める単位数に、同表に定める1単位の単価を乗じて算定するものとする。

2 前項の規定により算定した場合において、その額に1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

3 第1号生活支援事業の配食サービスに要する費用の額は、1食あたり300円とする。

(第1号事業に係る費用の支給)

第10条 市長は、居宅要支援被保険者等が、次の各号に掲げる事業を利用した場合は、第1号事業支給費として当該各号に定める額を支給するものとする。

(1) 第1号訪問事業及び第1号通所事業 前条第1項に定める費用の額の100分の90（法第59条の2に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあつては、100分の80、同条第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあつては100分の70）に相当する額

(2) 第1号生活支援事業 前条第3項に定める費用の額の100分の100に相当する額

(3) 第1号介護予防支援事業 前条第1項に定める費用の額の100分の100に相当する額

(第1号事業支給費に係る支給限度額)

第11条 事業対象者の第1号事業支給費の支給限度額は、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額（平成12年厚生省告示第33号）第2号イに規定する要支援1の介護予防サービス費等区分支給限度基準額の100分の90（法第59条の2第1項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあつては100分の80、同条第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあつては100分の70）に相当する額を超えることができない。

2 前項の規定にかかわらず、事業対象者の状態（退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられる場合等）により、市長が認めた場合は、支給限度額を要支援2の介護予防サービス費等区分支給限度基準額相当とすることができる。

(第1号事業支給費に係る審査及び支払)

第12条 市長は、第1号事業支給費に係る審査及び支払に関する事務を、法第115条の45の3第6項の規定により愛知県国民健康保険団体連合会に委託して行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、第1号生活支援事業の配食サービスに要する費用の支払は、春日井市配食サービス利用助成交付要綱の定めるところによるものとする。

(高額介護予防サービス費等相当事業)

第13条 市長は、高額介護予防サービス費相当事業及び高額医療合算介護予防サービス費相当事業（以下「高額介護予防サービス費等相当事業」という。）を行うものとする。

2 高額介護予防サービス費等相当事業について必要な事項は、法第61条及び法第61条の2の規定を準用する。

(利用料)

第14条 第1号訪問事業及び第1号通所事業の利用料は、第9条で算定された額

の100分の10(法第59条の2第1項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあつては100分の20、同条第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあつては100分の30)に相当する額とする。

(指定事業者の申請)

第15条 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、春日井市介護予防・日常生活支援総合事業者指定申請書(第2号様式)により行うものとする。

(指定事業者の指定)

第16条 市長は、前条に規定する申請があつた場合は、法115条の45の5第1項に規定する基準に基づき審査し、指定事業者として決定したときは、春日井市介護予防・日常生活支援総合事業指定通知書(第3号様式)により通知するものとする。

2 前項の指定事業者は、春日井市暴力団排除条例(平成23年春日井市条例第28号)に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者であつてはならない。

(指定事業者の指定の更新の申請)

第17条 法第115条の45の6第1項の規定による申請は、春日井市介護予防・日常生活支援総合事業者指定更新申請書(第4号様式)により行うものとする。

2 前条の規定は、指定事業者の指定の更新について準用する。

(変更の届出等)

第18条 指定の申請事項の変更の届出は春日井市介護予防・日常生活支援総合事業者変更届出書(第5号様式)により、事業の廃止、休止又は再開の届出は春日井市介護予防・日常生活支援総合事業者廃止・休止・再開届出書(第6号様式)により行うものとする。

(指定の有効期間)

第19条 指定事業者の指定の有効期間(法第115条の45の6第2項に規定する有効期間をいう。)は、6年間とする。

2 前項の規定にかかわらず、第1号事業と他のサービス(居宅サービス、地域

密着型サービス及びこの要綱に規定するサービスをいう。)を一体的に運営している指定事業者の指定期間は、その指定の有効期間とすることができる。

(指導及び監査)

第20条 市長は、総合事業の適切な実施の確保のため、総合事業を実施する者に対して指導及び監査を行うことができる。

(指定事業者の指定の取消し等)

第21条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合には、当該指定事業者に係る指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

- (1) 指定事業者が、法第115条の45第1項第1号イからニまで又は第115条の45の5第2項の省令で定める基準に従って第1号事業を行うことができなくなったとき。
- (2) 第1号事業支給費の請求に関し不正があったとき。
- (3) 指定事業者が、法第115条の45の7第1項の規定により報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。
- (4) 指定事業者又は当該指定事業者の指定に係る事業所の従業者が、法第115条の45の7第1項の規定により出頭を求められてこれに応ぜず、同項の規定による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。ただし、当該指定事業者の指定に係る事業所の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該指定事業者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。
- (5) 指定事業者が、不正の手段により指定事業者の指定を受けたとき。
- (6) 指定事業者が、法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき。
- (7) 前各号に掲げる場合のほか、指定事業者が、地域支援事業又は居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をしたとき。

(その他)

第22条 この要綱に定めるもののほか、総合事業の実施について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。
- 2 改正後の第7条及び第8条の規定は、平成30年4月1日以後にチェックリストを実施する事業対象者の有効期間について適用し、同日前にチェックリストを実施する事業対象者の有効期間については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の春日井市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の規定に基づいて調製されている用紙類は、改正後の春日井市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱の規定にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。



別表（第9条関係）

| 区分                        | サービス種類         | 単位数         | 1単位の単価                                                                              |
|---------------------------|----------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問型サービス（第1号訪問事業）          | 介護予防訪問介護相当サービス | 市長が別に定める単位数 | 厚生労働大臣が定める1単位の単価（平成27年厚生労働省告示第93号。以下「単価告示」という。）に規定する春日井市の地域区分における訪問介護の割合に10円を乗じて得た額 |
|                           | 緩和した基準によるサービス  |             | 市長が別に定める額                                                                           |
|                           | 短期集中型サービス      |             |                                                                                     |
| 通所型サービス（第1号通所事業）          | 介護予防通所介護相当サービス |             | 単価告示に規定する春日井市の地域区分における通所介護の割合に10円を乗じて得た額                                            |
|                           | 緩和した基準によるサービス  |             | 市長が別に定める額                                                                           |
|                           | 短期集中型サービス      |             |                                                                                     |
| 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） |                |             | 単価告示に規定する春日井市の地域区分における介護予防支援の割合に10円を乗じて得た額                                          |

第1号様式（第6条関係）

介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

(宛先) 春日井市長

次のとおり介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)することについて届け出ます。

|       |  |       |   |   |   |
|-------|--|-------|---|---|---|
| 届出人氏名 |  | 届出年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|--|-------|---|---|---|

|                  |        |                  |   |   |        |        |             |
|------------------|--------|------------------|---|---|--------|--------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 | 個人番号             |   |   |        |        |             |
|                  | フリガナ   | 生<br>年<br>月<br>日 | 年 | 月 | 日<br>歳 | 性<br>別 | 男<br>・<br>女 |
|                  | 氏名     |                  |   |   |        |        |             |
|                  | 住所     | 電話番号 - -         |   |   |        |        |             |

|                            |          |       |   |    |
|----------------------------|----------|-------|---|----|
| 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する支援事業者 |          | 新規    | ・ | 変更 |
| 事業者の名称                     |          | 事業所番号 |   |    |
| 事業所の名称                     |          |       |   |    |
| 事業所の所在地                    | 電話番号 - - |       |   |    |
| ※事業所を変更するときは、次も記入してください。   |          |       |   |    |
| 変更理由                       |          |       |   |    |
| 変更年月日                      | 年        | 月     | 日 |    |

|                                                                         |          |       |   |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|-------|---|----|
| 介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所<br>※居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。 |          | 新規    | ・ | 変更 |
| 事業者の名称                                                                  |          | 事業所番号 |   |    |
| 事業所の名称                                                                  |          |       |   |    |
| 事業所の所在地                                                                 | 電話番号 - - |       |   |    |
| 開始日                                                                     | 年        | 月     | 日 |    |

第2号様式（第15条関係）

春日井市介護予防・日常生活支援総合事業者指定申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

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、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|                             |                          |                         |            |              |            |            |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|------------|--------------|------------|------------|
| 申<br>請<br>者                 | (フリガナ)<br>名 称            |                         |            |              |            |            |
|                             | (フリガナ)<br>主たる事務所の<br>所在地 |                         | (郵便番号 - )  |              |            |            |
|                             | 連絡先                      |                         | 都 道<br>府 県 | 市 郡<br>区     | 電話番号       | FAX番号      |
|                             | 法人の種別                    |                         |            |              |            |            |
|                             | 代表者の職・氏名                 |                         | 職名         | (フリガナ)<br>氏名 | 生 年 月 日    |            |
|                             | (フリガナ)<br>代表者の住所         |                         | (郵便番号 - )  |              |            |            |
| 事<br>業<br>所<br>(<br>施<br>設) | 事業所名称<br>所 在 地           |                         | (郵便番号 - )  |              |            |            |
|                             | 事業等の種類                   |                         |            | 実施事業等        | 事業開始等予定年月日 | 事業等ごとの記載事項 |
| 第1号訪問事業                     |                          | 介護予防訪問介護相当サービス（訪問型サービス） |            |              |            |            |
|                             |                          | 緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA） |            |              |            |            |
|                             |                          | 短期集中型サービス（訪問型サービスC）     |            |              |            |            |
| 第1号通所事業                     |                          | 介護予防通所介護相当サービス（通所型サービス） |            |              |            |            |
|                             |                          | 緩和した基準によるサービス（通所型サービスA） |            |              |            |            |
|                             |                          | 短期集中型サービス（通所型サービスC）     |            |              |            |            |
| 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               |                          |                         |            |              |            |            |
| 医療機関コード等                    |                          |                         |            |              |            |            |

- 備考 1 「実施事業等」は、今回指定を受けようとするものについて「○」を記載すること。  
2 「事業開始等予定年月日」は、今回の申請に係る事業等の開始年月日を記載すること。

第3号様式（第16条関係）

年 月 日

春日井市長

春日井市介護予防・日常生活支援総合事業者指定通知書

介護保険法第115条の45の5第1項の規定に基づき、次のとおり春日井市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者として指定しましたので、通知します。

- 1 申請者名
- 2 代表者名
- 3 事業所名
- 4 所在地
- 5 介護保険事業者番号
- 6 サービスの種類
- 7 指定年月日
- 8 指定の有効期間満了日
- 9 特記事項

第4号様式（第17条関係）

春日井市介護予防・日常生活支援総合事業者指定更新申請書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

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

|                                 |                         |                |   |              |         |            |  |
|---------------------------------|-------------------------|----------------|---|--------------|---------|------------|--|
| 申<br>請<br>者                     | 名称<br>(フリガナ)            |                |   |              |         |            |  |
|                                 | 主たる事務所の所在地<br>(フリガナ)    | (郵便番号 - )      |   |              |         |            |  |
|                                 |                         | 都府             | 道 | 市郡           | 区       |            |  |
|                                 | 連絡先                     | 電話番号           |   | FAX番号        |         |            |  |
|                                 | 法人の種別                   |                |   |              |         |            |  |
| 代<br>表<br>者                     | 代表者の職・氏名                | 職名             |   | (フリガナ)<br>氏名 | 生年月日    |            |  |
|                                 | 代表者の住所<br>(フリガナ)        | (郵便番号 - )      |   |              |         |            |  |
|                                 |                         | 都府             | 道 | 市郡           | 区       |            |  |
| 事<br>業<br>所<br>(<br>施<br>設<br>) | 事業所名称<br>所在地            | (郵便番号 - )      |   |              |         |            |  |
| 事業等の種類                          |                         |                |   | 実施事業等        | 有効期間満了日 | 事業等ごとの記載事項 |  |
| 第1号訪問事業                         | 介護予防訪問介護相当サービス（訪問型サービス） |                |   |              |         |            |  |
|                                 | 緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA） |                |   |              |         |            |  |
|                                 | 短期集中型サービス（訪問型サービスC）     |                |   |              |         |            |  |
| 第1号通所事業                         | 介護予防通所介護相当サービス（通所型サービス） |                |   |              |         |            |  |
|                                 | 緩和した基準によるサービス（通所型サービスA） |                |   |              |         |            |  |
|                                 | 短期集中型サービス（通所型サービスC）     |                |   |              |         |            |  |
| 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                   |                         |                |   |              |         |            |  |
| 医療機関コード等                        |                         |                |   |              |         |            |  |

備考 1 「実施事業等」は、今回更新を受けようとするものについて「○」を記載すること。  
2 「有効期間満了日」は、現に受けている指定の有効期間満了日の年月日を記載すること。

第5号様式（第18条関係）

春日井市介護予防・日常生活支援総合事業者変更届出書

年 月 日

（宛先）春日井市長

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

- 1 事業所の名称、所在地及び介護保険事業者番号
- 2 サービスの種類
- 3 変更があった事項
- 4 変更の内容
- 5 変更の理由
- 6 変更年月日

備考 変更内容がわかる書類を添付すること。

第6号様式（第18条関係）

春日井市介護予防・日常生活支援総合事業者廃止・休止・再開 届出書

年 月 日

（宛先）春日井市長

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

次のとおり事業の廃止・休止・再開をしましたので届け出ます。

- 1 事業所の名称、所在地及び介護保険事業者番号
- 2 サービスの種類
- 3 廃止・休止・再開した年月日
- 4 廃止・休止した理由
- 5 現にサービスを受けていた者に対する措置（廃止・休止の場合のみ記入）
- 6 休止の予定期間

備考 再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付すること。