

# 地域密着型 介護老人福祉施設入所者生活介護

## 指定申請等の手引き

令和7年4月

井原市健康福祉部介護保険課

本手引きの内容は、制度改正等に伴い、予告なしに変更することがあります。

## 目 次

|    |                                |         |
|----|--------------------------------|---------|
| 1  | はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | P 2     |
| 2  | 指定・更新申請等・・・・・・・・・・・・・・・・・・     | P 2～10  |
| 3  | 体制等届出・・・・・・・・・・・・・・・・・・        | P 10～16 |
| 4  | 変更の届出・・・・・・・・・・・・・・・・・・        | P 17～20 |
| 5  | 協力医療機関に関する届出・・・・・・・・・・         | P 21    |
| 6  | 指定の更新について・・・・・・・・・・            | P 21    |
| 7  | 指定辞退届出・・・・・・・・・・               | P 22    |
| 8  | 「介護サービス情報の公表」制度について・・・・・・・・    | P 22    |
| 9  | 加算等の届出・・・・・・・・・・               | P 23～27 |
| 10 | 業務管理体制届出の手続きについて・・・・・・・・       | P 25～27 |
| 11 | 他法令の届出等・・・・・・・・・・              | P 28～30 |
|    | 問い合わせ先・・・・・・・・・・               | P 31    |
|    | 関係法令・・・・・・・・・・                 | P 32～33 |

## 1 はじめに

地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービス（原則としてその事業所所在地の被保険者だけが利用できる。以下、本書ではこの2種類のサービスを併せて「地域密着型サービス」という。）は、高齢者が要介護状態となってもできる限り住み慣れた地域での生活を継続していくために創設されたサービスです。

この地域密着型サービスを提供する事業者となるためには、事業所ごとに、市町村に対し指定申請及び体制等届出が必要となり、市町村の指定を受ける必要があります。

本書は、地域密着型サービスについて、本市の指定を受ける上で必要な手続き等についてまとめたものです。

※ 地域密着型老人福祉施設は、指定申請を行うにあたり、事前に特別養護老人ホーム（老人福祉法）の認可を受けておく必要があります。許可手続きに必要な期間を考慮のうえ、準備を進めてください。許可手続きの詳細は備中県民局健康福祉課にお問い合わせください。

※ 上記の特別養護老人ホーム（老人福祉法）の許可以外にも、他法令（消防法・都市計画法・建築基準法・労働基準法など）による手続き（許可・認可）が必要な場合があります。それぞれの所管官庁にお問い合わせ下さい。

## 2 指定・更新申請等

※ 指定更新申請時、下記の提出書類欄に【▼】の表示がある添付書類については、指定申請、更新申請、変更届等により、既に提出している事項と変更がない場合は、省略することができます。

※ 変更があるにも関わらず、必要な変更届をしていない場合には、更新申請とは別に、変更の手続きを行わなければなりません。

※ 事業者（法人等）として、介護保険法に規定するサービスを初めて行う場合は、「業務管理体制に関する届出」（P 25～27を参照）が必要となります。

※ 必要に応じて、下記記載の提出書類の他に書類の提出を求める場合があります。

# (1) 申請書・付表

| 提出書類                                                    | 提出書類作成等の留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>指定申請書</p> <p>(別紙様式第二号(一))</p>                        | <p><input type="checkbox"/>指定更新時の場合は不要。</p> <p><input type="checkbox"/>申請者は、介護保険法第78条の第2第4項各号及び第115条の12第2項各号に該当しないこと。</p> <p><input type="checkbox"/>申請者欄の記入内容は、登記事項証明書と一致すること。</p> <p><input type="checkbox"/>「指定申請をする事業の開始予定年月日」欄は、事業の開始予定日を記載すること。</p> <p><input type="checkbox"/>「既に指定を受けている事業等」欄は、同一所在地において、別に申請手続き中又は既に指定・許可があれば合わせて○を付すこと。</p> <p><input type="checkbox"/>「介護保険事業所番号」欄は記載不要であること。</p> <p><input type="checkbox"/>その他注意事項は同様式の裏面の備考を参照すること。</p> |
| <p>指定更新申請書</p> <p>(別紙様式第二号(二))</p>                      | <p><input type="checkbox"/>指定申請時の場合は提出不要。</p> <p><input type="checkbox"/>「申請者の名称・所在地」欄と、「事業所の名称・所在地欄」を取り違えないように注意すること。</p> <p><input type="checkbox"/>「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」欄の「名称・主たる事務所の所在地」は空欄でよい。</p> <p><input type="checkbox"/>その他注意事項は欄外を参照すること。</p>                                                                                                                                                                                        |
| <p>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項</p> <p>(付表第二号(九))</p> | <p><input type="checkbox"/>「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務は」欄は、管理者が兼務する場合のみ記載すること。</p> <p><input type="checkbox"/>「常勤換算後の人数」欄は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の「常勤換算後の人数」欄の数字と一致すること。</p> <p><input type="checkbox"/>その他注意事項は付表の欄外の備考を参照すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>添付書類チェックリスト</p> <p>(付表第二号(九)チェックリスト)</p>             | <p><input type="checkbox"/>必要な書類の添付漏れがないか確認（<input checked="" type="checkbox"/>を記載）し提出すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## (2) 添付書類①

| 提出書類                                              | 提出書類作成等の留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |          |          |       |     |        |          |        |        |          |        |       |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-------|-----|--------|----------|--------|--------|----------|--------|-------|
| <div>【1】法人の登記事項<br/>証明書又は条例等</div> <div>【▼】</div> | <div><input type="checkbox"/>変更申請中の場合は議事録・申請書の写し等を添付</div> <div>・登記事項証明書は全部事項証明書とし、必ず原本を提出してください。</div> <div>&lt;法人の場合&gt;</div> <div>(特別養護老人ホームの場合は社会福祉法人のみ)</div> <div>・当該施設及び事業の実施について定めのある登記事項証明書</div> <div>&lt;地方公共団体&gt;</div> <div>・当該施設及び事業所の設置条例を公布した広報等の写し</div> <div>&lt;利用料金制を採用している指定管理者の場合&gt;</div> <div>・上記法人の場合の添付書類に併せて、指定管理者協定書（原本証明が必要）</div> <div>※指定管理者制度における介護保険法上の指定の申請主体</div> <table><tr><td>事業所又は施設</td><td>介護老人福祉施設</td><td>短期入所生活介護</td></tr><tr><td>指定申請者</td><td>開設者</td><td>事業を行う者</td></tr><tr><td>利用料金性（無）</td><td>地方公共団体</td><td>地方公共団体</td></tr><tr><td>利用料金制（有）</td><td>地方公共団体</td><td>指定管理者</td></tr></table> | 事業所又は施設  | 介護老人福祉施設 | 短期入所生活介護 | 指定申請者 | 開設者 | 事業を行う者 | 利用料金性（無） | 地方公共団体 | 地方公共団体 | 利用料金制（有） | 地方公共団体 | 指定管理者 |
| 事業所又は施設                                           | 介護老人福祉施設                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 短期入所生活介護 |          |          |       |     |        |          |        |        |          |        |       |
| 指定申請者                                             | 開設者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 事業を行う者   |          |          |       |     |        |          |        |        |          |        |       |
| 利用料金性（無）                                          | 地方公共団体                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 地方公共団体   |          |          |       |     |        |          |        |        |          |        |       |
| 利用料金制（有）                                          | 地方公共団体                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 指定管理者    |          |          |       |     |        |          |        |        |          |        |       |
| <div>【2】特別養護老人ホームの許可証等の写し</div> <div>【▼】</div>    | <div>共通事項</div> <div><input type="checkbox"/>介護老人福祉施設（地域密着型含む）の場合のみ提出すること。</div> <div>社会福祉法人の場合</div> <div><input type="checkbox"/>老人福祉法の規定による特別養護老人ホームの設置許可書の写しを提出すること。</div> <div>地方公共団体の場合</div> <div><input type="checkbox"/>設置届出受理通知書等の写しを提出すること。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |          |          |       |     |        |          |        |        |          |        |       |
| <div>【3】従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表<br/>（標準様式1）</div>       | <div><input type="checkbox"/>開設予定月のもの（指定更新申請等にあつては提出月の予定分、変更届にあつては変更月のもの）を提出すること。</div> <div><input type="checkbox"/>管理者及び従業員全員の毎日の勤務時間数（1ヶ月分）を記載。</div> <div><input type="checkbox"/>委託先の職員は記載しないこと。</div> <div><input type="checkbox"/>職種の分類は次のとおり</div> <div>管理者／医師／生活相談員／看護職員／介護職員／栄養士／機能訓練指</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |          |          |       |     |        |          |        |        |          |        |       |

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            | <p>導員／介護支援専門員</p> <p><input type="checkbox"/>介護職員その他の職員が本来の職務とは別に宿直業務を行う場合は、本来の職務とは区別して宿直時間等がわかるように記載すること。</p> <p><input type="checkbox"/>外国人労働者の場合は、「兼務の状況」欄等に雇用制度（E P A、在留資格「介護」、技能実習制度、特定技能）の種類がわかるよう記載すること。</p> <p><input type="checkbox"/>資格等の必要な者についての資格証等の写しを提出。</p> <p><input type="checkbox"/>ユニット型施設等におけるユニットリーダー等でユニットリーダー研修修了者については、研修修了証の写しを添付すること。</p> <p><input type="checkbox"/>現在の氏と資格証等の氏が異なる場合は、氏を変更したことがわかる公的機関が発行した書類（住民票、戸籍抄本、運転免許証の裏書等（コピーでも可））を添付すること。なお、改氏により手続きが必要な場合は、資格証の変更手続きを行うこと。</p> <p><input type="checkbox"/>「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」の順番どおりに添付すること。</p> <p><input type="checkbox"/>その他の注意事項は「標準様式1」の記入方法のシートを参照すること。</p> |
| <p>【4】平面図<br/>（標準様式3又は任意様式）</p> <p>【▼】</p> | <p><input type="checkbox"/>各室の用途・面積・寸法を明示したもの。（居室、食堂、機能訓練室、共同生活室及び廊下幅は、H14改正省令施行以前に整備したものを除き内法とすること。）</p> <p><input type="checkbox"/>各施設又は事業所を色塗りするなど、専用又は共用部分を明確に区分すること。（例：併設型短期入所生活介護の専用居室・ユニット）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>【5】設備・備品等一覧表<br/>（標準様式4）</p> <p>【▼】</p> | <p><input type="checkbox"/>「設備基準上適合すべき項目」を満たす場合には「チェック欄」にチェックをつけること</p> <p><input type="checkbox"/>基準省令等で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載すること。</p> <p><input type="checkbox"/>「設備の種類」に各室の名称（居室、浴室、トイレ等）や非常災害設備等を記載し、「設備基準上適合すべき項目」に付属設備の状況等を記載すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>【6】本体施設の概要、<br/>本体施設との移動経</p>           | <p><input type="checkbox"/>サテライト型居住施設の場合のみ提出すること</p> <p><input type="checkbox"/>本体施設の指定申請書及び付表の写し並びに平面図等概要の分かるもの</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 路、方法及び移動時間<br><b>【▼】</b>               | を提出すること。<br><input type="checkbox"/> 施設の周辺案内図（任意様式）（本体施設とサテライト型居住施設の移動経路及び方法並びに移動に要する時間を明記すること）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>【 7 】</b> 併設する事業所等の概要<br><b>【▼】</b> | <input type="checkbox"/> <b>併設する事業所等がある場合のみ提出すること。</b><br><input type="checkbox"/> 併設事業所等の概要が具体的にわかる書面又はパンフレット等を提出すること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>【 8 】</b> 運営規程<br><b>【▼】</b>        | <input type="checkbox"/> 次に掲げる運営についての重要事項について、具体的かつ分かりやすく定めた規定を提出すること。<br>（１） 施設の目的及び運営の方針<br>（２） 従業者の職種、員数及び職務の内容<br>（３） 入所定員<br>（４） 入所者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額<br>（５） 入所及び退所に係る手続並びに施設の利用に当たっての留意事項<br>（６） 緊急時等及び事故発生時における対応方法<br>（７） 非常災害対策<br>（８） 虐待の防止のための措置に関する事項<br>（９） 苦情及び相談の受付及び対応に関すること。<br>（１０） 身体的拘束等を行う際の手続に関すること。<br>（１１） 個人情報の保護（秘密保持）に関すること。<br>（１２） その他施設の運営に関する重要事項<br><input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容については、職種別、常勤・非常勤別の従業者数を明記すること。ただし、その都度変更が見込まれる職種等の場合、「○人以上」の記載でも可。<br><input type="checkbox"/> 利用料その他の費用の額については、料金表や重要事項説明書を添付するなど、具体的な額がわかるものとする。 |
| <b>【 9 】</b> 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要  | <input type="checkbox"/> 次の事項について、具体的にわかりやすく記載すること。<br>1 利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口の設置<br>（担当者の肩書及び氏名，連絡先の電話番号，対応可能曜日，対応時間）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(標準様式 5)</p> <p>【▼】</p>                             | <p>を明記。)</p> <p>2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <p>3 その他参考事項</p> <p>□公的機関の苦情相談窓口として、少なくとも「岡山県国民健康保険団体連合会（対応時間は土・日・祝日を除く8:30～17:00）」及び「保険者（井原市介護保険課の対応時間は土・日・祝日を除く8:30～17:15）」を記載すること。</p> <p>□その他注意事項は「標準様式 5」の欄外の備考を参照すること。</p>                                                                              |
| <p>【10】協力医療機関<br/>(協力歯科医療機関)<br/>との契約内容</p> <p>【▼】</p> | <p>□入所者（利用者）に急変が生じた場合、その他必要な場合に連絡を行う協力医療機関（協力歯科医療機関を含む）と、あらかじめ取り交わした契約書の写しを提出すること。</p>                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>【11】誓約書<br/>(標準様式 6、参考様式 9)</p>                     | <p><b>標準様式 6</b></p> <p>□届出者の所在地、名称、代表者の職・氏名等が記入されているか。</p> <p>□該当サービス種別のみ「チェック欄」に「○」を付すこと。</p> <p>□誓約内容について、関係条文を十分確認したうえで提出すること。</p> <p><b>参考様式 9</b></p> <p>□井原市暴力団排除条例に関する誓約書</p> <p>□届出者の所在地、名称、代表者の職・氏名等が記入されているか。</p> <p>□誓約内容について、関係条文を十分確認したうえで提出すること。</p> <p>□法人の役員および管理者（就任予定含む）の指名が記入されているか。</p> |
| <p>【12】当該事業所に<br/>勤務する介護支援専門<br/>員一覧<br/>(標準様式 7)</p>  | <p>□介護支援専門員業務従事者の氏名及び介護支援専門員番号</p> <p>□施設で介護支援専門員の業務に従事する<u>全ての</u>介護支援専門員を記載すること。</p> <p>□介護支援専門員証を有していても、介護支援専門員の業務に従事しない者は記載しないこと。</p> <p>□介護支援専門員番号は 3 3（他の都道府県で登録している場合は別の番号）で始まる 8 桁の新登録番号を記載すること。</p>                                                                                                 |

### (3) 添付書類②

| 提出書類               | 提出書類作成等の留意事項                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 配置医師の契約書の写し【▼】     | <input type="checkbox"/> 医師が常勤職員でない場合には、職務内容、勤務条件等を明示した配置医師との嘱託契約書等の写しを提出すること。                                                                                                                                                                                         |
| 事業所（施設）の位置図【▼】     | <input type="checkbox"/> 事業所（施設）の位置が特定できるよう色塗りするなど明確にすること。                                                                                                                                                                                                             |
| 事業所の写真（施設）の写真【▼】   | <input type="checkbox"/> 事業所（施設）の外観並びに専用部分及び共用部分、交流スペース、廊下、非常階段等入所者等の利用に係る部分全ての各写真をA4用紙に室名・設備名を明記して貼付すること。<br><input type="checkbox"/> 写真は、各事業所（施設）の設備及び備品が整備され、用途に従い適切に使用できる状態であることが明確にわかるものであること。<br><input type="checkbox"/> 工事中のものは不可                              |
| 施設内診療所の開設許可証の写し【▼】 | <input type="checkbox"/> 医務室に係る開設許可証の写し                                                                                                                                                                                                                                |
| 建物の使用権限を証明できる書類【▼】 | <div>建物が自己所有の場合</div> <input type="checkbox"/> 登記事項証明書又は登記済権利証の写し等（土地は不要）を提出すること。<br><div>建物が貸借の場合</div> <input type="checkbox"/> 賃貸借契約書等の写しを提出すること。<br><input type="checkbox"/> 賃貸借期間は、指定期間を担保できる契約内容となっていること。<br><input type="checkbox"/> 物件を当該事業に使用できる契約内容となっていること。 |
| 関連法令協議記録報告書【▼】     | <input type="checkbox"/> 関連法令の担当部署との協議記録であること。<br>※農地法、河川法、景観法等により規制がある場合は、当該担当部局との協議状況及び許可等の状況がわかるものを併せて提出すること。<br><input type="checkbox"/> 当該報告書は、平成20年7月より前に開設した施設等で関係法令に係る変更がない場合は、指定更新時に新たに作成・添付する必要はない。                                                          |
| 検査済証【▼】            | <input type="checkbox"/> 建築物が自己所有の場合は、次に定める検査済証を提出すること。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1 建築基準法上の建築物等の建築に係る検査済証</li> <li>2 消防法上の建築物等の検査済証</li> </ol>                                                                                                            |
| 損害賠償への対応が可         | <input type="checkbox"/> 保険証書の写しを提出すること。                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>能であることが分かる書類</p>                              | <p>□未加入の場合は、加入申込書の写し（加入申込日が明示されたもの）、領収証の写し及び指定時までに入会する旨並びに入会後速やかに保険証書の写しを提出する旨の確約書を提出し、加入後速やかに保険証書の写しを提出すること。</p> <p>□指定更新日までに入会期間が満了する場合、損害賠償保険が更新手続き中であることがわかる書類（領収書など）を提出し、保険証書が手に入り次第、保険証書の写しを提出すること。</p> <p>□保険証書で内容が分かりにくい場合は、内容が分かるもの（保険パンフレット等）を提出すること。</p> |
| <p>意見書</p> <p>【▼】</p>                            | <p>□居室等を2階又は地階に設けている準耐火建築物の場合は、基本設計段階において、所在地を管轄する消防庁又は消防署長と相談を行い、相談に関する意見を書面で受領すること。</p>                                                                                                                                                                           |
| <p>社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認表（新規指定時）</p> <p>【▼】</p> | <p>□社会保険及び労働保険への加入状況について、該当する番号に「○」を付するとともに、必要事項を記入すること。</p> <p>□社会保険及び労働保険への加入状況を証する書類は、写しに代えて原本の提示又は事業所整理記号・労働保険番号の記入でも可。</p>                                                                                                                                     |
| <p>運営推進会議の構成員</p> <p>（参考様式11）</p> <p>【▼】</p>     | <p>□利用者、家族、地域住民、知見を有する者等、構成員を記載</p> <p>□利用者、利用者家族、地域住民の代表者、当該事業所が所在する市町村の職員又は地域包括支援センターの職員、当該事業について知見を有する者等を構成員とすること。</p> <p>（「知見を有する者」は、例えば、近隣の地域密着型介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護事業所の管理者等を構成員とすること。）</p>                                                                   |

#### （４）体制届

| 提出書類                                       | 提出書類作成等の留意事項                 |
|--------------------------------------------|------------------------------|
| <p>介護給付費算定に係る体制等に関する届出書</p> <p>（別紙3-2）</p> | <p>□詳細は「3 体制等届出」を参照すること。</p> |

|                                          |                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 介護給付費算定に係る<br>体制等状況一覧表<br>(別紙 1 - 3 - 2) | <input type="checkbox"/> 詳細は「3 体制等届出等」を参照すること。 |
| 体制届添付書類                                  | <input type="checkbox"/> 詳細は「3 体制等届出」を参照すること。  |

### 3 体制等届出

※ 必要に応じて、下記記載の提出書類の他に書類の提出を求める場合があります。

| 提出書類                                          | 提出書類・作成上の留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（介護・介護予防共通）<br>(別紙 3 - 2) | <input type="checkbox"/> 新規指定の場合、「受付番号」, 「事業所所在地市町村番号」及び「介護保険事業所番号」は記載しないこと。<br><input type="checkbox"/> 「届出者」の「名称」, 「主たる事務所の所在地」, 「代表者の職・氏名」, 「代表者の住所」, 「事業所の所在地」, 「管理者の氏名」及び「管理者の住所」欄を取り違えず, 記載すること。（「届出者」とは, 事業所の設置者・事業者である「法人」であり, 事業所ではないので留意すること）<br><input type="checkbox"/> 同一所在地において実施している事業等について, 「実施事業」欄に○を付すこと。<br><input type="checkbox"/> 「指定年月日」欄は, 「実施事業」欄に○を付した事業等の直近の指定に係る年月日を記載すること。<br><input type="checkbox"/> 「異動等の区分」欄は, 該当する事由をプルダウンから選択すること。<br><input type="checkbox"/> 「異動（予定）年月日」欄は, 加算等の開始等の場合は翌月初日, 加算等の終了等の場合は終了日を記載すること。<br><input type="checkbox"/> 変更の場合, 「異動項目」及び「特記事項」欄に変更内容を具体的に記載すること。（「○○○加算を新たに算定」等。）<br><input type="checkbox"/> その他注意事項は, 「別紙 3 - 2」の備考を参照すること。 |

|                             |                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙１－３－２） | <input type="checkbox"/> 新規指定の場合、「事業所番号」欄は記載しないこと。<br><input type="checkbox"/> 市における要件審査期間中は補正可能であるが、届出受理後の補正はできないので、注意すること。                                                                                              |
| 夜間勤務条件基準                    | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙７）<br>・介護職員及び看護職員のみで可能<br><input type="checkbox"/> テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（従来型）に係る届出書（別紙７－３）<br>・テクノロジーを導入し、夜勤の配置基準の緩和を適用する場合のみ<br>・従来型の場合のみ（介護職員及び看護職員のみで可能）<br>（資格証の写しは不要） |
| 職員の欠員による減算の状況               | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙７）<br>（介護職員、看護職員及び介護支援専門員のみで可能）<br>・資格証等の写し（看護職員及び介護支援専門員のみで可能）                                                                                                              |
| ユニットケア体制                    | <input type="checkbox"/> 事業所（施設）の平面図（標準様式３）<br><input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙７）<br>・介護職員及び看護職員のみで可能<br><input type="checkbox"/> ユニットリーダー研修修了証                                                              |
| 身体拘束廃止取組みの有無                | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                           |
| 安全管理体制                      | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                           |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無              | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                           |
| 業務継続計画策定の有無                 | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                           |
| 栄養ケア・マネジメントの実施の有無           | <input type="checkbox"/> 栄養マネジメント体制に関する届出書（別紙３８）                                                                                                                                                                          |
| 日常生活継続支援加算                  | <input type="checkbox"/> 日常生活継続支援加算に関する届出書（別紙３７）<br>注意事項は「別紙３７」の欄外の備考を参照のこと。<br><input type="checkbox"/> 日常生活継続支援加算に関する確認書（別紙３７付表）                                                                                        |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| テクノロジーの導入(日常生活継続支援加算関係) | <input type="checkbox"/> テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書<br>(別紙３７－２)<br><input type="checkbox"/> テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算確認書<br>(別紙３７－２付表)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 看護体制加算Ⅰ・Ⅱ               | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(別紙７)<br>・看護職員のみで可能<br>・本体施設及び機能訓練指導員等の兼務がある場合はその勤務割合を明記すること。<br><input type="checkbox"/> 看護体制加算に関する届出書(別紙２５－２)<br><input type="checkbox"/> その他注意事項は「別紙２５－２」の欄外の備考を参照すること。                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 夜勤職員配置加算                | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">加算Ⅰ・Ⅱ</div> <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(別紙７)<br>・介護職員及び看護職員のみで可能<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">加算Ⅲ・Ⅳ</div> <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(別紙７)<br>・介護職員及び看護職員のみで可能<br>・喀痰吸引等ができる職員に印を付けること。<br><input type="checkbox"/> 喀痰吸引等が実施できることが確認できる資格証の写し<br><input type="checkbox"/> 介護職員については、認定特定行為業務従事者認定証の写し<br><input type="checkbox"/> 登録特定行為事業者として登録された際の通知書の写し |
| テクノロジーの導入(夜勤職員配置加算関係)   | <input type="checkbox"/> 上記Ⅰ・Ⅱ又はⅢ・Ⅳの添付書類全て<br><input type="checkbox"/> テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書(別紙２７)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 準ユニットケア体制               | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(別紙７)<br>・介護職員及び看護職員のみで可能<br><input type="checkbox"/> 平面図                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 生活機能向上訓練加算              | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                    |                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個別機能訓練加算           | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙７）<br>・機能訓練指導員のみで可能。<br>・看護職員等の兼務がある場合はその勤務割合を明記すること。<br><input type="checkbox"/> 機能訓練指導員の資格証の写し<br><input type="checkbox"/> 加算Ⅱの算定にはＬＩＦＥへの登録必須                     |
| ＡＤＬ維持加算<br>[申出の有無] | <input type="checkbox"/> 添付書類なし<br><input type="checkbox"/> 算定にはＬＩＦＥへの登録必須                                                                                                                                       |
| 若年性認知症入居者受<br>入加算  | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                  |
| 常勤専従医師配置           | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙７）<br>・医師のみで可能<br><input type="checkbox"/> 医師の資格証の写し                                                                                                                |
| 精神科医師定期的療養<br>指導   | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙７）<br>・精神科医師のみで可能<br><input type="checkbox"/> 精神科医師の資格証の写し                                                                                                          |
| 障害者生活支援体制          | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙７）<br>・障害者生活支援員のみで可能<br><input type="checkbox"/> 知的障害者及び精神障害者に対する障害者生活支援員の資格証の写し                                                                                    |
| 栄養マネジメント強化<br>体制   | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙７）<br>・管理栄養士及び栄養士のみで可能<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士及び栄養士の資格証の写し<br><input type="checkbox"/> 栄養マネジメント体制に関する届出書（別紙３８）<br><input type="checkbox"/> 算定にはＬＩＦＥへの登録必須 |
| 療養食加算              | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                  |
| 配置医師緊急時対応加<br>算    | <input type="checkbox"/> 配置医師緊急時対応加算に係る届出書（別紙３９）<br><input type="checkbox"/> 配置医師等との間で定めた具体的な取り決めの内容が分かる書類                                                                                                       |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 看取り介護体制          | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙 7）<br>・ 看護師のみで可能<br><input type="checkbox"/> 看護師の資格証の写し<br><input type="checkbox"/> 看取り介護体制に関する届出書（別紙 3 4）                                                                                                                                         |
| 在宅・入所相互利用体制      | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 小規模拠点集合体制        | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 認知症専門ケア加算        | <b>加算Ⅰ</b><br><input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算に係る届出書（別紙 1 2－2）<br><input type="checkbox"/> 「認知症介護に係る専門的な研修」修了証の写し<br><b>加算Ⅱ</b><br><input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算に係る届出書（別紙 1 2－2）<br><input type="checkbox"/> 「認知症介護に係る専門的な研修」修了証の写し<br><input type="checkbox"/> 「認知症介護の指導に係る専門的な研修」修了証の写し |
| 認知症チームケア推進<br>加算 | <b>加算Ⅰ</b><br><input type="checkbox"/> 認知症チームケア推進加算に係る届出書（別添 4 0）<br><input type="checkbox"/> 「認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修」修了証の写し<br><input type="checkbox"/> 「認知症介護に係る専門的な研修」及び「認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修」修了証の写し                                                                |
| 褥瘡マネジメント加算       | <input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメントに関する届出書（別紙 4 1）<br><input type="checkbox"/> 算定には L I F E への登録必須                                                                                                                                                                                                 |
| 排せつ支援加算          | <input type="checkbox"/> 添付書類なし<br><input type="checkbox"/> 算定には L I F E への登録必須                                                                                                                                                                                                                  |
| 自立支援促進加算         | <input type="checkbox"/> 添付書類なし<br><input type="checkbox"/> 算定には L I F E への登録必須                                                                                                                                                                                                                  |
| 科学的介護推進体制加<br>算  | <input type="checkbox"/> 添付書類なし<br><input type="checkbox"/> 算定には L I F E への登録必須                                                                                                                                                                                                                  |
| 安全対策体制           | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>高齢者施設等感染対策<br/>向上加算</p> | <p><input type="checkbox"/> 高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書（別紙３５）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）で実地指導を行う医療機関等は、診療報酬の感染対策向上加算に係る届出を行っていること。</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）は併算定が可能。</p> <p><input type="checkbox"/> 「院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会」については、医療機関名又は地域の医師会の名称のいずれかを記載すること。医療機関名を記載する場合には、当該医療機関が届け出ている診療報酬の種類を併せて記載すること。</p>                       |
| <p>生産性向上推進体制加算</p>         | <p><b>加算Ⅰ</b></p> <p><input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算に係る届出書（別紙２８）</p> <p><input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）の算定に関する取組の成果（別紙２）</p> <p><input type="checkbox"/> 生産性向上委員会の議事録</p> <p><b>加算Ⅱ</b></p> <p><input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算に係る届出書（別紙２８）</p> <p><input type="checkbox"/> 生産性向上委員会の議事概要</p> <p><input type="checkbox"/> 本加算を算定する場合は、事業年度毎に取組の実績（別紙１）をオンラインで厚生労働省に報告すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 届出にあたっては、別途通知（「生産性向上推進体制加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例等の提示について」）を参照すること</p> |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供体制強化<br>加算 | <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙１４－４）<br>・注意事項は「別紙１４－４」の欄外の備考を参照のこと。<br><input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書（別紙１４－４付表１又は付表２）<br><input type="checkbox"/> 「別紙１４－４付表１」は、前年度実績が６月に満たない新規又は再開の事業所用<br><input type="checkbox"/> 「別紙１４－４付表２」は、前年度実績が６月以上ある事業所用 |
| 介護職員等処遇改善加算      | <input type="checkbox"/> 井原市ホームページ「介護職員等処遇改善加算の計画書提出について」を参照                                                                                                                                                                                                                    |
| ＬＩＦＥへの登録         | <input type="checkbox"/> 添付書類なし                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 割引               | <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について（別紙５－２）                                                                                                                                                                                                            |

※上記に記載されていない加算については、要件を満たしていれば体制届を提出しなくても算定することが可能。

## 4 変更の届出

以下に示す事項が変更になったときは、その旨を本市に10日以内に届け出る必要があります。

### 【変更の届出の提出が必要な事項】

- 1 事業所（施設）の名称
- 2 事業所（施設）の所在地（開設場所）
- 3 申請者（開設者）の名称
- 4 主たる事務所の所在地
- 5 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名
- 6 開設者の登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）
- 7 併設施設の状況
- 8 事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設型の別）
- 9 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等
- 10 設備又は備品
- 11 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所
- 12 運営規程
- 13 協力病院（医療機関）の名称及び診療科名並びに当該協力病院（医療機関）との契約の内容（介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護の場合は、協力歯科医療機関も含む）
- 14 介護支援専門員の指名及びその登録番号

※ 必要に応じて、下記記載の提出書類の他に書類の提出を求める場合があります。

### 【提出書類】

- ・ 変更届出書（別紙様式第二号（四））
- ・ 付表（付表第二号（九））
- ・ 添付書類

### 【提出期限】

- ・ 変更後10日以内

※変更内容（例：事業所の移転等）によっては、事前に協議する必要がありますので、ご不明な点は井原市介護保険課へお問い合わせください。

※変更の届出を怠っていた場合、指定取消し等行政処分等の対象になることがあります。

| 提出書類                  | 書類提出前の自主確認事項                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 変更届出書<br>(別紙様式第二号(四)) | <input type="checkbox"/> 「変更があった事項」欄は、該当する項目番号に○を付すこと。<br><input type="checkbox"/> 「変更の内容」欄(変更前及び変更後)に内容を具体的に記載すること。<br><input type="checkbox"/> 変更届出書は変更年月日ごとに作成すること。(同じ日に複数の事項に変更があった場合のみ枚にまとめることが可) |
| 付表第二号(九)              | <input type="checkbox"/> 付表に記載された項目に変更がない場合、添付を省略することが可能。                                                                                                                                              |

## 添付書類

必要に応じて、下記の添付書類の他に書類を求めることがあります。

| 変更内容                       | 様式第4号「変更届出書」の添付書類                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 事業所(施設)の名称              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・申請者(開設者)の登記事項証明書、条例又は指定管理協定書等</li> <li>・運営規程</li> </ul>                                                                                                                                                                              |
| 2. 事業所(施設)の所在地<br>(開設場所)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所(施設)の位置図</li> <li>・事業所(施設)の平面図(標準様式3)</li> <li>・事業所(施設)の写真</li> <li>・設備・備品等一覧表(標準様式4)</li> <li>・併設する施設の概要</li> <li>・施設を共用する場合の利用計画</li> <li>・運営規程</li> <li>・施設内診療所の開設許可証の写し</li> <li>・関連法令協議記録報告書(参考様式)</li> <li>・検査済証</li> </ul> |
| 3. 申請者(開設者)の名称             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・登記事項証明書(原本)</li> <li>・申請者(開設者)の名称を変更する場合は、業務管理体制に関する届出も必要</li> </ul>                                                                                                                                                                 |
| 4. 申請者(開設者)の主たる事務所(本社)の所在地 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・登記事項証明書(原本)</li> <li>・申請者(開設者)の所在地を変更する場合は、業務管理体制に関する</li> </ul>                                                                                                                                                                     |

|                                               |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               | 届出も必要                                                                                                                      |
| 5. 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名                         | (代表者の交代がある時のみ)<br>・ 申請者（開設者）の登記事項証明書（原本）<br>・ 当該申請に係る誓約書（標準様式6）（参考様式9）<br>・ 代表者の氏名・住所を変更する場合は、業務管理体制に関する届出も必要              |
| 6. 申請者（開設者）の登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） | <法人の場合><br>・ 登記事項証明書（原本）<br><市町村の場合><br>・ 当該事業所の設置条例<br><指定管理者の場合><br>・ 指定管理協定書（原本証明が必要）                                   |
| 7. 併設施設の状況                                    | ・ 併設する施設の概要<br>・ 施設を共用する場合の利用計画                                                                                            |
| 8. 事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設型の別）      | ・ 併設する施設の概要<br>・ 施設を共用する場合の利用計画                                                                                            |
| 9. 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等                        | ・ 事業所（施設）の平面図（標準様式3）<br>・ 事業所（施設）の写真<br>・ 設備・備品等一覧表（標準様式4）<br>・ 施設を共用する場合の利用計画<br>・ 施設内診療所の開設許可証の写し<br>・ 関連法令協議記録報告書（参考様式） |
| 10. 設備又は備品                                    | ・ 事業所（施設）の平面図（標準様式3）<br>・ 設備・備品等一覧表（標準様式4）<br>・ 施設内診療所の開設許可証の写し                                                            |
| 11. 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住                    | ・ 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（標準様式1）<br>□管理者の交代がある場合のみ、添付すること。                                                                       |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所                                | <input type="checkbox"/> 管理者のみで可能。(管理者が他の職務に従事する場合は、本人に係る当該その職種を含む。)<br>・管理者の資格証<br>・当該申請に係る誓約書(標準様式6)(参考様式9)<br><input type="checkbox"/> 管理者の交代がある場合のみ、添付すること。                                                             |
| 1 2. 運営規定                        | ・運営規程<br><input type="checkbox"/> 変更後のものだけで可。(変更前のものは不要。)<br><input type="checkbox"/> 運営規程の「従業員の員数」に実人数を記載している場合、毎年度4月1日に員数を確認し、運営規程に記載している員数から変更があった場合には、変更届を提出してください。                                                     |
| 1 3. 協力病院(病院)・協力歯科医療移管           | ・協力医療機関に関する届出書(別紙3)<br>・協力医療機関との契約内容が分かる書類(協定書等)の写し                                                                                                                                                                         |
| 1 4. 介護支援専門員<br>(氏名、住所のみの変更を含む。) | ・従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(標準様式1)<br><input type="checkbox"/> 氏の変更の場合は不要。<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員が交代する場合は、前任者の勤務形態一覧表(実績)も併せて提出すること。<br>・介護支援専門員証の写し<br><input type="checkbox"/> 新任の介護支援専門員のみで可能。<br>・介護支援専門員一覧表(標準様式7) |

※ あらかじめ老人福祉法に基づく特別養護老人ホームの変更の届出又は変更に係る認可が必要な事項がありますので留意してください。

厚生労働省令で定められる事項(老人福祉法第15条の2に規定。)に変更が生じたとき又は変更しようとするときは、変更の日から1月以内に、その旨を本市に届け出る必要があります。

## 5 協力医療機関に関する届出

協力医療機関との実効性のある連携体制を確保する観点から、年に1回以上、協力医療機関との入居者の急変時等における対応を確認し、当該医療機関の名称や当該医療機関との取り決めの内容等を指定権者に届け出ることが義務付けられています。

| 提出書類                   | 添付書類                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 協力医療機関に関する届出書<br>(別紙3) | <p>□協定書等：各協力医療機関との協力内容が分かる書類</p> <p>※1年に1回以上届け出ること。</p> <p>※協力医療機関連携加算（1）を算定する場合は、速やかに届け出ること。</p> <p>※協力医療機関連携加算（1）を算定する場合</p> <p>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護においては、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第152条第1項第1号から第3号の規定を満たすことが分かる内容であること。</p> |

## 6 指定の更新について

地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスを含む介護保険事業所の指定の効力について、原則6年間の有効期間が設けられています。

このため、事業を継続するためには、6年ごとに指定の更新申請を行う必要があり、有効期間が満了しても更新を行わない場合は指定の効力を失うこととなります。

なお、更新申請を行う時期及び提出期限等については、原則として対象となる事業所に対し、あらかじめ市より通知します。

### 【指定更新の手続き】

- 指定更新申請書に必要書類を添付し、正本一部を提出してください。
- 更新を認めることが適当と判断された場合は、更新後の有効期間（更新前の有効期間の終了日の翌日から6年間）を記載した通知書を送付します。

### 【留意事項】

- 申請者又は事業所の管理者等が介護保険法に定める欠格事由に該当する場合には、指定の更新を受けることができませんので、更新申請に当たっては誓約書に記載されている欠格事由に該当しないか十分に確認してください。（更新後において、更新申請時点で欠格事由に該当することが判明した場合には、虚偽の申請を行ったとみなされ処分の対象となることがあります。）
- 更新申請においても新規指定時と同様に人員、設備及び運営基準を満たしている必要があります。更新申請時にこれらの基準を満たしていないと認められる場合には更新を受けることができません。
- 本市以外の他の市町村から指定を受けている場合は、その市町村にも更新申請を行わなければならないのでご注意ください。

## 7 指定辞退届出

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定を辞退しようとする場合は、1月以上の予告期間を設けて、「指定辞退届出書」（別紙様式第二号（六））を提出する必要があります。（老人福祉法に基づく特別養護老人ホームとして、廃止又は休止には市長の認可が必要です。）

## 8 「介護サービス情報の公表」制度について

介護サービス事業者は、介護保険法第115条の35により、サービス提供を開始しようとするとき、その提供する介護サービスの係る情報の公開が義務付けられました。

公開に係る詳細については、岡山県保健福祉部長寿社会課ホームページをご覧ください。

<https://www.pref.okayama.jp/page/571279.html>

## 9 加算等の届出

### ①届出の提出時期等

#### ア 加算を算定する場合

| サービス種別             | 届出日    | 加算算定<br>開始日 |
|--------------------|--------|-------------|
| ○地域密着老人福祉施設入所者生活介護 | 月の初日   | 当該月         |
|                    | 月の初日以外 | 翌月          |

※審査期間を要するため、算定を開始する予定月の前月 15 日までに提出することが望ましい。

※介護職員等処遇改善加算の場合は算定開始月の前々月の末日

#### イ 加算を算定しなくなる場合

事業所の体制を変更した結果、加算を算定しない状況が生じた場合又は加算を算定しなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出てください。

なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとします。

また、この場合において届出を行わず当該算定について請求を行った場合は不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになります。悪質であると認められた場合は、指定の取消しとなることもありますので注意してください。

#### ウ 減算の場合

以下に該当する場合、すみやかに減算の届出をしてください。

この場合において減算の届出を行わず請求を行った場合は不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので返還措置を講ずることになります。悪質であると認められた場合は、指定の取消しとなることもありますので注意してください。

(ア) 人員基準欠如に該当する場合（所定単位数の70％で算定）

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>看護・介護職員の人員基準欠如</p>                 | <p>人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が職員配置等基準に規定する算定方法に従って減算する。</p> <p>看護・介護職員の人員基準欠如人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が職員配置等基準に規定する算定方法に従って減算する(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。)</p>   |
| <p>看護・介護職員以外の人員基準欠如<br/>(介護支援専門員)</p> | <p>その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者等の全員について所定単位数が職員配置等基準に規定する算定方法に従って減算する(ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。)</p> <p>なお、指定小規模多機能型居宅介護事業所における介護支援専門員及び指定認知症対応型共同生活介護事業所における計画作成担当者が必要な研修を修了していない場合、また、指定認知症対応型共同生活介護事業所における計画作成担当者のうち、介護支援専門員を配置していない場合についても、同様の取扱いとなる。</p> |

※ 上述の「職員配置等基準」とは、「厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法」（平成12年厚生省告示27号）を指します。

(イ) 夜勤体制による減算について（所定単位数の 97%で算定）

夜勤を行う職員の員数が基準に満たない場合の減算については、ある月（暦月）において以下のいずれかの事態が発生した場合に、その翌月において利用者等の全員について、所定単位数を減算することとする。

- ・夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前 5 時までの時間を含めた連続する 16 時間をいい、原則として事業所又は施設ごとに設定するものとする）において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が 2 日以上連続して発生した場合
- ・夜勤時間帯において夜勤を行う職員数が夜勤職員基準に定める員数に満たない事態が 4 日以上発生した場合

※ 上述の「夜勤職員基準」とは、「厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 29 号）」を指します。

(ウ) ユニットケア体制未整備減算について（所定単位数の 97%で算定）

ユニットにおける職員の員数が、ユニットにおける職員の基準に満たない場合の減算については、ある月（暦月）において基準を満たさない状況が発生した場合に、その翌々月から基準を満たさない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

- ・日中については、ユニットごとに常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
- ・ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

※ 上述の「ユニットにおける職員の基準」とは、「厚生労働大臣が定める施設基準（平成 12 年厚生省告示第 26 号）」を指します。

(エ) 身体拘束廃止未実施減算について（所定単位数の90%で算定）

運営基準上に規定されている身体的拘束適正化を図るための措置を講じていない場合、速やかに改善計画を市長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

(オ) 安全管理体制未実施減算について（1日につき5単位を所定単位数から減算）

運営基準上に規定されている事故発生の防止・発生時の対応について基準を満たさない場合、その翌月から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について所定単位数から減算することとする。 ※令和3年10月1日から適用（経過措置期間あり）

(カ) 高齢者虐待防止措置未実施減算について（所定単位数の99%で算定）

虐待の発生又はその発生を防止するための措置が講じられていない場合に所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

【虐待の発生又はその発生を防止するための措置】

- ・虐待防止検討委員会の定期的開催及びその結果の従業者に周知徹底する。
- ・虐待防止のための指針の整備。
- ・虐待防止のための研修の定期的実施。
- ・虐待防止措置の担当者の設置。

(キ) 業務継続計画未策定減算について（所定単位数の97%で算定）

感染若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、所定単位数の100分の3に相当する単位数を所定単位数から減算する。

ただし令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には減算を適用しない。

(ク) 栄養管理に係る減算について（１日につき１４単位を所定単位数から減算）

栄養管理の基準を満たさない場合、その翌々月から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする。（ただし、翌月の末日において基準を満たすに至っている場合を除く。）

※令和６年４月１日から適用（経過措置期間あり）

(ケ) 定員超過利用減算について（所定単位数の７０％で算定）

原則として、入所者数（空床利用型の短期入所生活介護の利用者数を含む。）が入所定員を超える場合、入所者全員について、所定単位数が減算されることとする。

月平均の入所者数が運営規程に定める入所定員を超える場合に減算

（１ヶ月の全入所者の延数÷１ヶ月の日数 ※小数点以下を切り上げ）

※減算にならない場合（以下の場合は、入所定員の１０５％までは減算にならない。）

○措置入所によりやむを得ず入所定員を超える場合

（空床利用型の短期入所生活介護の利用者数を含む。）

○施設入所者で入院をしていたものが、当初の予定より早く再入所が可能となり、その時点で満床だった場合（当初の再入所予定日までの間に限る。）

○入所者の事情を勘定しての入所となったが、満床のため併設の短期入所生活介護の空床利用でサービスを受けた結果、入所定員を超過する場合。

② 提出書類

提出種類は以下のとおりです。

ア 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙３－２）

イ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙１－３－２）

ウ 添付資料

なお、減算にいたった事由が解消した場合は、その内容がわかる従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式１）（資格が必要な職種の場合は、資格証の写し）を添付してください。

## 10 業務管理体制届出の手続きについて

介護事業運営の適正化を図るため、全ての事業者に対して、指定（許可）を受けている事業所又は施設（以下「事業所等」という。）の数に応じて、「法令遵守等の業務管理体制」の整備が義務付けられました。「新たに事業所等の指定（許可）を受けた場合」又は「業務管理体制届出後、届出先や届出事項に変更が生じた場合」は、必要な届出を行ってください。

業務管理体制の整備は、単に法令遵守責任者の氏名等を行政に届け出ることが目的ではなく、あくまでも法令順守責任者が中心となって事業者自らがコンプライアンス（法令遵守）の向上を図ることが本来の趣旨です。

### I. 新たに事業所等の指定（許可）を受けた場合

- （１）当該申請者（法人等）が、事業者として初めて事業所等の指定（許可）を受けた場合  
（＝これまでに、「業務管理体制に関する届出」を提出したことがない。）

⇒速やかに以下の体制を整備し、届出を行う。

#### 【整備すべき業務管理体制と届出内容】

| 対象     |            | 整備すべき業務管理体制           | 届出書類  |                     |
|--------|------------|-----------------------|-------|---------------------|
|        |            |                       | 届出様式  | 添付書類                |
| 事業所等の数 | 1～19 の事業者  | 〔法令遵守責任者〕の選任          | 第1号様式 |                     |
|        | 20～99 の事業者 | 〔法令遵守責任者〕の選任          |       |                     |
|        |            | 〔法令遵守規程〕の整備           |       | 法令遵守規程の概要           |
|        | 100 以上の事業者 | 〔法令遵守責任者〕の選任          |       |                     |
|        |            | 〔法令遵守規程〕の整備           |       | 法令遵守規程の概要           |
|        |            | 〔業務執行状況の監査〕<br>の定期的実施 |       | 業務執行状況の監査<br>の方法の概要 |

○当該届出は、事業者（＝法人等）ごとに行います。（事業所等ごとではありません。）

○上記「整備すべき業務管理体制・届出書類」は「事業所等の数」によって異なります。

○「事業所等の数」は、事業所番号が同じか否かに関わらず、指定等を受けた「サービスの種類ごと」に1事業所と数え（例えば、同一事業所が訪問介護と介護予防訪問介護の両方の指定を受けている場合は「2」とカウント）、休止中の事業所等も含めて数えます。

なお、「みなし事業所」及び「総合事業における介護予防・生活支援サービス事業所」は除きます。「みなし事業所」とは、病院等が行う居宅サービス（居宅療養管理指導、訪問看護、

訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション）であって、健康保険法の指定があったとき、介護保険法の指定があったとみなされている事業所です。

【届け出先】

| 届出先区分                                               | 届出先                   |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|
| 事業所等が3以上の地方厚生局管轄区域に所在する事業者                          | 厚生労働大臣                |
| 事業所等が2以上の都道府県に所在し、かつ、<br>2以下の地方厚生局管轄区域に所在する事業者      | 主たる事務所の所在地の<br>都道府県知事 |
| 事業所等が同一指定都市内にのみ所在する事業者                              | 指定都市の長                |
| 事業所が同一中核市内にのみ所在する事業者                                | 中核市の長                 |
| 地域密着型サービス（予防含む）のみを行う事業者で、<br>その全ての事業所等が井原市内に所在する事業者 | 井原市長                  |
| 上記以外の事業者                                            | 岡山県知事                 |

○届出先が岡山県知事の場合は、原則として主たる事務所（本社）を所管する県民局健康福祉部健康福祉課へ届け出てください。

（2）当該申請者（法人等）が、事業者として既に事業所等の指定（許可）を受けている場合（これまでに、「業務管理体制に関する届出」を提出したことがある。）

当該事業者における事業所等の数の合計が、

①19以下→20以上になった、又は、99以下→100以上になった場合

（整備すべき業務管理体制に変更がある。）⇒速やかに以下の届出を行ってください。

| 対象                           | 届出書類  |                 |
|------------------------------|-------|-----------------|
|                              | 届出様式  | 添付書類            |
| 事業所数が<br>19以下→20以上になった事業者    | 第2号様式 | 法令遵守規程の概要       |
| 事業所等の数が<br>99以下→100以上になった事業者 |       | 業務執行状況の監査の方法の概要 |

②19以下のまま、又は、99以下のまま、又は、100以上のままの場合

（整備すべき業務管理体制に変更がない。）⇒届出不要。

○事業所等の数が増えたことにより、事業所等の事業展開地域が変わり、「届出先」が変更（市町村から岡山県へ、岡山県から地方厚生局へなど）になった場合は、上記とは別に、下記2の

届出が必要となります。

## II. 業務管理体制届出後に、届出先や届出事項等に変更が生じた場合

⇒速やかに以下の届出を行う。

| 対象                      | 届出が必要となる理由                                             | 届出書類  |                                                       | 届出先                  |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------|----------------------|
|                         |                                                        | 届出様式  | 添付書類                                                  |                      |
| 変更が生じた事業者<br>届出先や届出事項等に | 事業所等の事業展開地域が変わり、届出先が変更となった場合                           | 第1号様式 |                                                       | 変更前の行政機関と変更後の行政機関の双方 |
|                         | 届出先は変わらないが、届出事項（法令遵守責任者名、事業所の名称等）や整備すべき業務管理体制に変更が生じた場合 | 第2号様式 | ※該当する場合のみ<br>変更後の「法令遵守規程の概要」<br>変更後の「業務執行状況の監査の方法の概要」 | 届出済み行政機関             |

○「法令遵守規程の概要」や「業務執行状況の監査の方法の概要」における字句の修正など、業務管理体制に実質的な影響を及ぼさない軽微な変更の場合は、上記変更の届出の必要はありません。

◎「業務管理体制に関する届出」に関するホームページ

《岡山県》 <https://www.pref.okayama.jp/page/571300.html>

又は岡山県ホームページ＞保健福祉部＞長寿社会課から検索

《厚生労働省》 <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/service/>

又は、「厚生労働省業務管理体制」で検索

### 1 1 他法令の届出等

#### (1) 老人福祉法に基づく届出

地域密着型サービス事業所としての指定申請等と並行して、老人福祉法に基づく手続きが必要な場合があります。

なお、老人福祉法に基づく届出及び認可申請の届出（申請）先は、備中県民局健康福祉課事業者第一班（0866-434-7054）となります。

① 地域密着型サービス事業所の老人福祉法における位置付け

| 介護保険法                    |  | 老人福祉法                     |                       |
|--------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 地域密着型（介護予防）サービス          |  | 老人居宅生活支援事業<br>(法第5条の2第1項) | 老人福祉施設<br>(法第5条の3)    |
| 地域密着型介護老人福祉施設<br>入所者生活介護 |  |                           | 特別養護老人ホーム<br>(第20条の5) |

(2) 生活保護法の指定介護機関の指定

介護保険法による指定又は開設許可日が平成26年7月1日以降の場合、生活保護法第54条の2第2項の規定により、生活保護法の指定介護機関の指定があったものとみなされます。

生活保護法の指定介護機関の指定が不要な場合は、生活保護法第54条の2第2項ただし書の規定に基づき、生活保護法指定不要申出書の提出が必要となります。

(3) その他関係法令の遵守

事業所の整備に当たり、建物の新增築、土地の造成等を行う際は、都市計画法、建築基準法、消防法等各種法令について、必要な手続き等を十分確認し、遵守してください。

また、認可法人については、法人所轄庁に対し、新規事業の追加に関する手続き等が必要になる場合がありますので法人所轄庁にご確認ください。

**【問い合わせ先】**

〒715-8601

岡山県井原市井原町311番地1（井原市役所2階）

井原市健康福祉部介護保険課

TEL：0866-62-9519（直通）

FAX：0866-65-0268

電子メール：kaigo@city.ibara.lg.jp

**【関係法令等】** ※この他、運営や制度改正に伴う資料等も、随時確認してください。

- ・介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）
- ・介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）
- ・介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）
- ・指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）
- ・指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）
- ・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 126 号）
- ・指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 128 号）
- ・厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成 27 年厚生労働省告示第 93 号）
- ・厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成 27 年厚生労働省告示第 94 号）
- ・厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）
- ・厚生労働大臣が定める施設基準（平成 27 年厚生労働省告示第 96 号）
- ・厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成 12 年厚生省告示第 27 号）
- ・厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 29 号）
- ・指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について（平成 18 年老計発第 0331004 号・老振発第 0331004 号・老老発第 0331017 号）
- ・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年老計発第 0331005 号・老振発第 0331005 号・老老発第 0331018 号）
- ・井原市指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定に関する条例（平成 24 年井原市条例第 36 号）
- ・井原市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年井原市条例第 37 号）

- ・井原市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例及び井原市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例に規定する市長が定める者及び研修（平成 25 年井原市告示第 7 号）
- ・介護保険法に基づき条例で規定された指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について（平成 26 年 3 月 18 日付井介護第 79 号）

※上記の法令・通知等は、次のホームページ等でもご確認ください。

HP：厚生労働省法令等データベースサービス <https://www.mhlw.go.jp/hourei/>

総務省 法令データ提供システム <https://elaws.e-gov.go.jp/>

井原市介護保険ホームページ

<https://www.city.ibara.okayama.jp/soshiki/18/>

#### 【介護保険に関する情報】

厚生労働省

- ・「人員・設備及び運営基準」及び「報酬算定基準」等に関する Q & A

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/qa/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.html)