

地域密着型サービス事業者集団指導

- 1 地域密着型サービスの概要 (P1~3)
- 2 介護保険制度関係法令の整理 (P4)
- 3 地域密着型サービス事業の指定基準及び報酬基準 (P5~7)
- 4 指導及び監査 (P8~9)
- 5 実地指導事例 (P10)
- 6 業務管理体制の整備に係る届出 (P11~14)
- 7 指定申請・指定更新申請 (P15~49)
- 8 指定内容の変更・休止・廃止届出 (P50~54)
- 9 介護給付費算定届出 (P55~75)
- 10 介護職員処遇改善加算 (P76~98)
- 11 サービス提供体制強化加算 (P99~100)
- 12 介護サービス事業所等における事故報告 (P101~103)
- 13 運営推進会議及び介護・医療連携推進会議 (P104~105)
- 14 費用徴収の取扱い (P106)
- 15 介護保険制度の改正 (P107~108)
- 16 各種通知等の配信に係る電子メールアドレスの登録 (P109)

平成29年10月
大村市福祉保健部長寿介護課

1 地域密着型サービスの概要

(1) 趣旨

地域密着型サービスは認知症高齢者や独居高齢者の増加等を踏まえ、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生活を継続できるようにする観点から、原則として日常生活圏域内でサービスの利用及び提供が完結するサービスであり、市町村が事業者の指定及び指導・監督を行うこととしたものである。

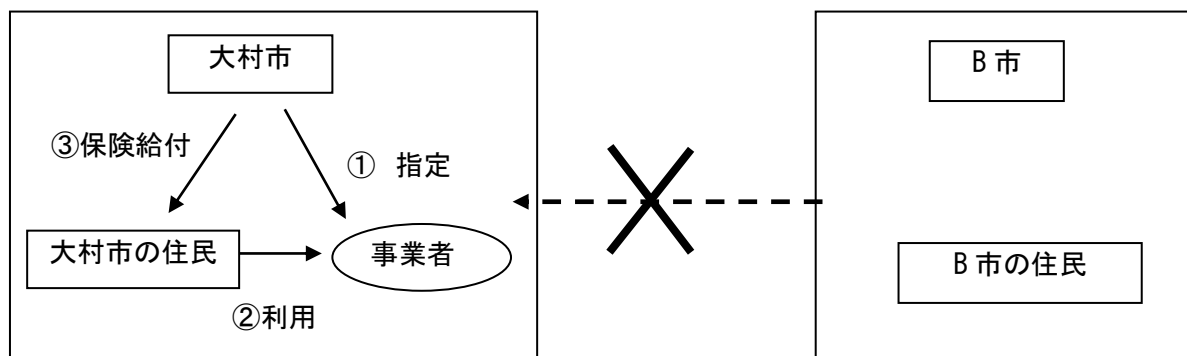
(2) サービス種類

地域密着型サービスの対象となるのは、以下の9種類のサービスである。

- ① 夜間対応型訪問介護
- ② (介護予防) 認知症対応型通所介護
- ③ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護
- ④ (介護予防) 認知症対応型共同生活介護
- ⑤ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ⑥ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ⑦ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)
- ⑨ 地域密着型通所介護

(3) サービスの仕組み

市町村(保険者)が事業者指定を行い、原則として、当該市町村の住民(被保険者)のみが保険給付の対象となる。



地域密着型サービス事業所指定状況

サービス類型	市内事業所数
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1
夜間対応型訪問介護	1
地域密着型通所介護	18
(介護予防)認知症対応型通所介護	7
(介護予防)小規模多機能型居宅介護	7
(介護予防)認知症対応型共同生活介護	18
地域密着型特定施設入居者生活介護	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	1
看護小規模多機能型居宅介護	3
合計	56

定期巡回・随時対応型訪問介護看護【計1ヶ所】

番号	指定日	事業者名称	事業所名称	定員
1	H25.1.1	株式会社こすもすケアセンター	ヘルパーステーション秋櫻	—

夜間対応型訪問介護【計1ヶ所】

番号	指定日	事業者名称	事業所名称	定員
1	H27.11.1	社会福祉法人松原福祉会	ヘルパーステーション松原のさと	—

地域密着型通所介護【計18か所】

番号	指定日	事業者名称	事業所名称	定員
1	H12.3.1	社会福祉法人 蓬萊会	デイサービスセンターまりも倶楽部	15
2	H12.3.31	社会福祉法人 瑞鳳会	デイサービスセンターベイサイド大村	18
3	H17.7.1	株式会社 コーポレーション	デイサービスセンタースマイルケア	18
4	H18.5.1	社会福祉法人 長崎厚生福祉団	サンライフデイサービスセンター	15
5	H19.9.1	しんり有限会社	デイサービスしんり	10
6	H20.4.1	合同会社 優倫会	合同会社優倫会デイサービス絆(きずな)	14
7	H21.12.1	特定非営利活動法人 悠	特定非営利活動法人 悠 宅老所 悠	10
8	H22.9.1	サンクフィールド株式会社	デイサービスセンターなごみの郷	18
9	H22.11.1	オムズ株式会社	通所介護施設 オムズ	15
10	H23.9.1	合同会社 うたし福祉会	うたしデイサービス	15
11	H23.11.1	社会福祉法人とみのはら福祉会	デイサービス 小さな家	15
12	H24.5.1	特定非営利活動法人 良明会	デイサービス 楽々園	10
13	H24.9.1	福祉生活協同組合いきいきコープ	デイサービスいきいき日和	13
14	H25.8.1	株式会社なるみライフサービス	レッツ倶楽部 大村	18
15	H25.11.1	合同会社あぐりハウス	デイサービスセンターあぐりハウス	12/10
16	H25.11.1	合同会社てあて・ながさき	てあて・ながさき	15
17	H26.3.1	株式会社開運堂	デイサービス富の原機能訓練センター	9
18	H26.5.1	株式会社 和光	あいたすデイサービス	15

(介護予防)認知症対応型通所介護【計7か所】

番号	指定日	事業者名称	事業所名称	定員
1	H11.10.1	社会福祉法人樹陽会	社会福祉法人樹陽会デイサービスセンター湧泉荘	10
2	H17.4.1	社会福祉法人大村福祉会	泉の里デイセンターとくせん	36
3	H18.10.1	有限会社うえだ企画	グループホームかやぜの里	3
4	H19.7.1	有限会社上野企画	グループホームねむの木	3
5	H20.1.1	有限会社タケタニ	グループホーム「まごころ」	3
6	H24.1.1	有限会社あんのん	グループホームあんのん	3
7	H26.9.1	特定非営利活動法人トライアングル・サークル	デイサービスいろいろ端	12

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護【計7か所】

番号	指定日	事業者名称	事業所名称	定員
1	H21.10.1	有限会社あんのん	小規模多機能ホームあんのん	25 (通い15・宿泊9)
2	H23.4.1	株式会社サンクフィールド	小規模多機能型居宅介護なごみの郷	25 (通い15・宿泊6)
3	H23.12.1	合同会社グローリー	たきのう介護みつばち	24 (通い12・宿泊7)
4	H24.8.1	有限会社あんのん	小規模多機能ホームあんのん西大村本町	18 (通い12・宿泊6)
5	H25.4.1	有限会社うえだ企画	多機能ホームかやぜの里	29 (通い18・宿泊6)
6	H27.12.1	医療法人敬天会	小規模多機能すわの杜楽苑	20 (通い15・宿泊7)
7	H28.4.1	合同会社グローリー	たきのう介護みつばちサテライト岩松	18 (通い12・宿泊6)

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護【計18か所】

番号	指定日	事業者名称	事業所名称	定員
1	H12.12.1	社会福祉法人恵光会	グループホーム慈恵荘	9
2	H13.3.1	特定非営利活動法人 トライアングル・サークル	特定非営利活動法人トライアングル・サークル グループホームたんぼぼの家	9
3	H14.3.1		特定非営利活動法人トライアングル・サークル グループホームたんぼぼ憩の家	9
4	H14.3.1	医療法人牧山医院	医療法人牧山医院グループホームライフ	9
5	H14.6.1	株式会社こすもすケアセンター	グループホーム秋櫻	9
6	H14.8.1	有限会社ふあみりい	グループホームふあみりい	9
7	H15.2.1	有限会社めぐみ	グループホームめぐみ荘	18
8	H15.3.1	社会福祉法人翔寿会	グループホーム箕望の丘	18
9	H15.6.1	有限会社うえだ企画	グループホームかやぜの里	9
10	H16.1.1	医療法人牧山医院	医療法人牧山医院グループホーム虹	18
11	H16.2.1	医療法人橋口整形外科医院	グループホーム平の庄	18
12	H16.2.1	有限会社タケタニ	グループホーム「まごころ」	9
13	H16.7.1	有限会社上野企画	グループホームねむの木	9
14	H17.4.1	社会福祉法人大村福祉会	グループホーム泉の里	18
15	H18.3.1	有限会社あんのん	グループホームあんのん	18
16	H21.4.1	合同会社グローリー	グループホームみつばちの家	18
17	H27.9.1	合同会社明和会MCS	合同会社明和会MCSグループホーム花みずき	18
18	H28.4.1	合同会社アウル森	グループホームひだまりの家	18

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護【計1ヶ所】

番号	指定日	事業者名称	事業所名称	定員
1	H29.4.1	社会福祉法人 familiar flora	特別養護老人ホーム flora	29

看護小規模多機能型居宅介護【計3ヶ所】

番号	指定日	事業者名称	事業所名称	定員
1	H25.4.1	特定非営利活動法人秋櫻ケアセンター	せせらぎ	29 (通い15・宿泊5)
2	H29.4.1	社会福祉法人 familiar flora	看護小規模多機能 flora	29 (通い15・宿泊9)
3	H29.4.1	株式会社社会福祉総合研究所	看護小規模多機能型居宅介護事業所ロイヤルおむら	23 (通い12・宿泊6)

2 介護保険制度関係法令の整理

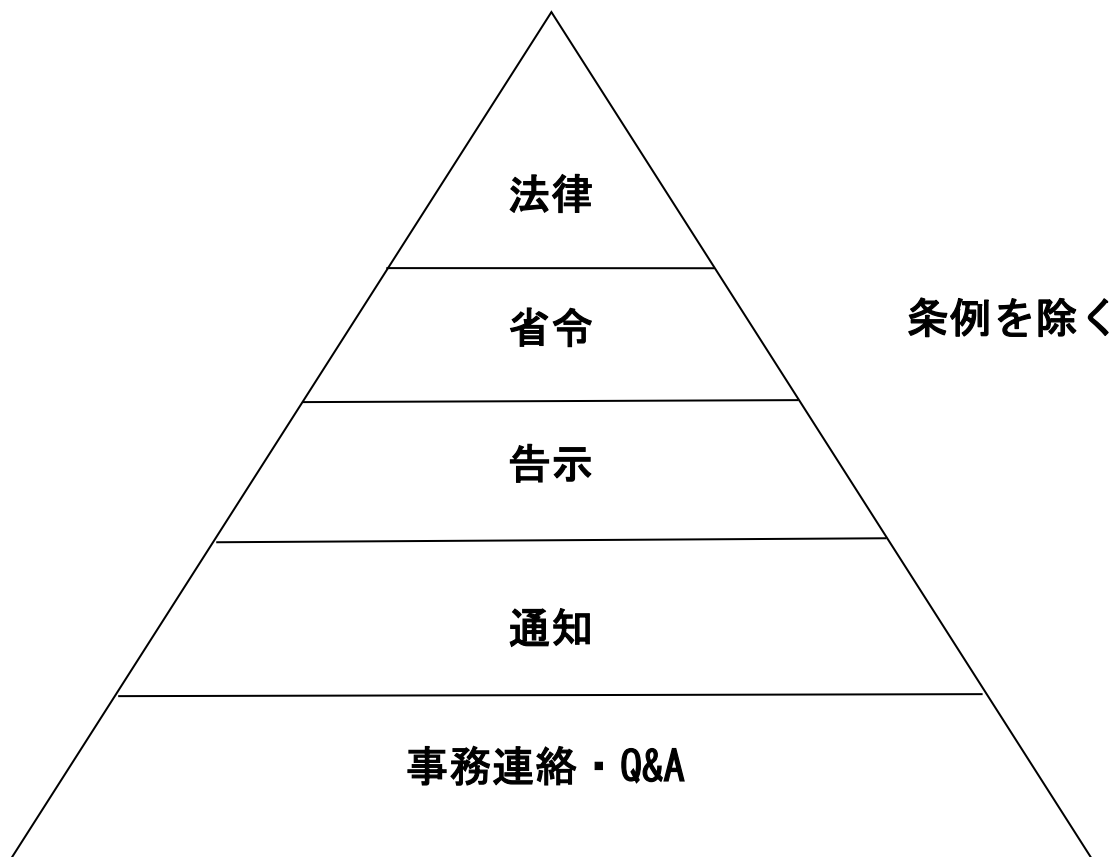
(1) 法律・法令とは

法律とは、国会が議決するものを指し、法令とは、一般的に「法律＋政令（内閣が制定するもの）＋省令（各省庁の大臣が制定するもの）」を指します。ただし、法令とは条例、規則等を含めて指す場合もあります。介護保険制度にあてはめると、以下ようになります。

- ① 法律：介護保険法 など
- ② 政令：介護保険法施行令 など
- ③ 省令：介護保険法施行規則、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 など
- ④ 告示：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 など
- ⑤ 通知：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 など

(2) 法令等の体系

下記のイメージ図において、上方にいくほど数が少なく法的な拘束力が強く、下方にいくほど数は多く法的な拘束力が弱くなります。相反するような内容が示されている場合は、より上方に位置づけられる内容を優先して遵守する必要があります。



3 地域密着型サービス事業の指定基準及び報酬基準

(1) 指定基準（人員、設備及び運営に関する基準）について

地域密着型サービスの指定基準は大村市条例で定められており、市内の地域密着型サービス事業者は、当該事業所の事業運営において、大村市の条例を遵守する必要があります。

大村市条例は、基本的に、厚生労働大臣が定めた厚生労働省令（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）どおりに制定しておりますが、一部の基準について、**※大村市の独自基準**があります。

各地域密着型サービスの管理者をはじめ、介護従業者等については、次の大村市条例等についての理解促進を図り、適正な事業運営に努めていただきますようお願いいたします。

① 大村市条例（指定基準）

- (ア) 大村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等を定める条例
(平成 25 年 3 月 22 日条例第 3 号)

URL: http://www1.g-reiki.net/omura/reiki_honbun/q306RG00000970.html

- (イ) 大村市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例
(平成 25 年 3 月 22 日条例第 4 号)

URL: http://www1.g-reiki.net/omura/reiki_honbun/q306RG00000971.html

② 厚生労働省通知（指定基準の解釈通知）

- 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 3 月 31 日老計発第 0331004 号・老振発第 0331004 号・老老発第 0331017 号)

URL: <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/documents/kaisyakutuuti.pdf>

③ 事務連絡・Q & A など（その他運営上の解釈など）

- 厚生労働省 介護保険最新情報

URL: <http://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail-list?bun=020060090>

- 介護サービス関係 Q & A

URL: http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei_sha/qa/index.html

※大村市の独自基準

- (介護予防) 小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の施設における居間及び食堂の面積
市の基準：3㎡に通いサービスの利用定員を乗じて得た面積以上

(国の基準：機能を十分に発揮しうる適当な広さ。)

- 地域密着型介護老人福祉施設における居室の定員の上限

市の基準：4人（国の基準：2人）

- 利用者に関する記録の保管期間（全サービス）

市の基準：記録の完結の日から5年（国の基準：記録の完結の日から2年）

記録の完結の日とは

条例において、地域密着型サービスの提供に関する記録は、その「**記録の完結の日から5年間保管しなければならない。**」と規定されております。

大村市において、「記録の完結の日」とは、その記録を「使わなくなった日」のこととします。

例えば、期間に定めがある記録（個別サービス計画等）については、当該計画期間の満了日から5年間保管する必要があります。

また、必要に応じて作成する記録（苦情や事故に係る記録等）については、苦情や事故等の処理が完了した日から5年間保管する必要があります。

したがって、利用者との契約が継続している間は、当該利用者に関する全ての記録をしなければならないものではなく、下記に示すサービス毎のそれぞれの記録の完結の日に応じて、5年間保管することとなります。

なお、本市の基準条例以外の法令等において、記録の保管について定めがある場合は、その定めにも留意し、適切な方法で記録の保管を行ってください。

番号	5年間保管すべき記録	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	地域密着型通所介護	(介護予防) 認知症対応型通所介護	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	地域密着型介護老人福祉施設	看護小規模多機能型居宅介護
1	施設サービス計画	×	×	×	×	×	×	○	×
2	居宅サービス計画	×	×	×	×	○	×	×	○
3	個別サービス計画	○	○	○	○	○	○	×	○
4	具体的なサービスの内容等	○	○	○	○	○	○	○	○
5	利用者に関する市への通知に係る記録	○	○	○	○	○	○	○	○
6	苦情に係る記録	○	○	○	○	○	○	○	○
7	事故に係る記録	○	○	○	○	○	○	○	○
8	運営推進会議に係る記録	×	×	○	○	○	○	○	○
9	身体拘束に係る記録	×	×	×	×	○	○	○	○
10	主治の医師による指示の文書	○	×	×	×	×	×	×	○
11	訪問看護報告書	○	×	×	×	×	×	×	×
12	看護小規模多機能型居宅介護報告書	×	×	×	×	×	×	×	○

※○→保管すべき記録 ×→保管すべきではない記録

※上記1から12に記載している記録の具体的な内容は、大村市の条例をご確認ください。

(2) **報酬基準（費用の算定に関する基準）について**

地域密着型（介護予防）サービス費の算定に関する基準は厚生労働省告示により定められており、市内の地域密着型サービス事業者は当該サービス費については、厚生労働省告示を遵守した上で請求する必要があります。

各地域密着型サービス事業者の管理者をはじめ、請求事務担当者等については、次の厚生労働省告示等についての理解促進を図り、適正な法定代理受領サービスの提供に努めていただきますようお願いいたします。

① **厚生労働省告示**

- 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 3 月 14 日厚生労働省告示第 126 号）

URL : <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/documents/kaigohiyokokuji.pdf>

- 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 3 月 14 日厚生労働省告示第 128 号）

URL : <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/documents/yobouhiyokokuji.pdf>

② **厚生労働省通知（報酬基準の解釈通知）**

- 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

URL : <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/documents/hiyoukaisyakutuuti.pdf>

③ **事務連絡・Q & A など（その他運営上の解釈など）**

- 厚生労働省 介護保険最新情報

URL : <http://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail-list?bun=020060090>

- 介護サービス関係 Q & A

URL : http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/qa/index.html

4 指導及び監査

(1) 指導の方針

地域密着型（介護予防）サービスの質の確保及び介護給付費の適正化を図ることを目的に、地域密着型（介護予防）サービス事業者若しくは当該指定に係る指定事業所の従業者に対し、法律や条例等に定める規定の取扱いや介護報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを方針とする。

① 指導方法等

一 実地指導

a 指導通知

指導対象となる事業所を決定したときは、おおむね一か月前に文書により通知します。

b 指導方法

事業所において、関係者から関係書類等を基に説明を求め、面談方式により実施します。

c 指導結果の通知

実地指導の結果、改善を要すると認められた事項及び介護報酬について過誤による調整を要すると認められた場合には、後日文書によってその旨を通知します。

d 報告書の提出

指導結果について文書で通知した事項について、文書により改善報告書の提出を求めます。

二 集団指導

a 指導通知

指導対象となる事業所を決定したときは、予め集団指導の日時、場所、出席者、指導内容等を文書により事業所に通知します。

b 指導方法

事業所に対し、必要に応じて、一定の場所に集めて説明等を行う方法により実施します。

② 指導の時期

一 実地指導

指定の有効期間（指定日から6年間）の満了日の数か月前に実地指導を実施します。

したがって、各指定事業所において、少なくとも6年間に1回は実地指導を受けていただくこととなります。なお、必要に応じて随時、実地指導を実施する場合がありますので、予めご了承ください。

また、新規指定事業所については、新規指定後、数か月から1年間程度経過後に実地指導を実施する計画をしています。

二 集団指導

平成29年度から年度に一度開催することとし、原則、全ての地域密着型（介護予防）サービスを対象に実施します。ただし、介護報酬の内容、制度改正の内容、過去の指導事例等に基づいて、個別のサービスを対象とした集団指導を実施する場合があります。

③ 監査への変更

実地指導中に以下に該当する状況を確認した場合は、実地指導を中止し、直ちに監査に切り替える場合があります。

- 一 著しい指定基準違反が確認され、利用者及び入所者等の生命又は身体の安全に危害を及ぼす恐れがあると判断した場合
- 二 報酬請求に誤りが確認され、その内容が、著しく不正な請求と認められた場合

(2) 監査の方針

法律や条例等で定める基準に従っていないと認められる場合若しくはその疑いがあると認められる場合、又は介護報酬の請求について、不正若しくは著しい不当が疑われる場合等において、事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする。

① 監査の方法等

一 実地検査等

指定基準違反等の確認について必要があると認めるときは、事業者に対し、報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、出頭を求め、又は関係者に対して質問し、若しくは当該事業者の当該指定に係る事業所に立ち入り、その設備若しくは帳簿書類その他の物件の検査を行うこととする。

二 監査結果の通知及び報告

監査の結果、改善勧告にいたらない軽微な改善を要すると認められる事項については、後日文書によってその旨を通知することとし、文書により報告を求めることとする。

三 行政上の措置

監査の結果、指定基準違反等が認められた場合には、「改善勧告、命令等」、「指定の一部効力の停止」、「指定の取消処分」等の行政上の措置を採ることが予想されます。

② 監査の対象となる事業者の選定

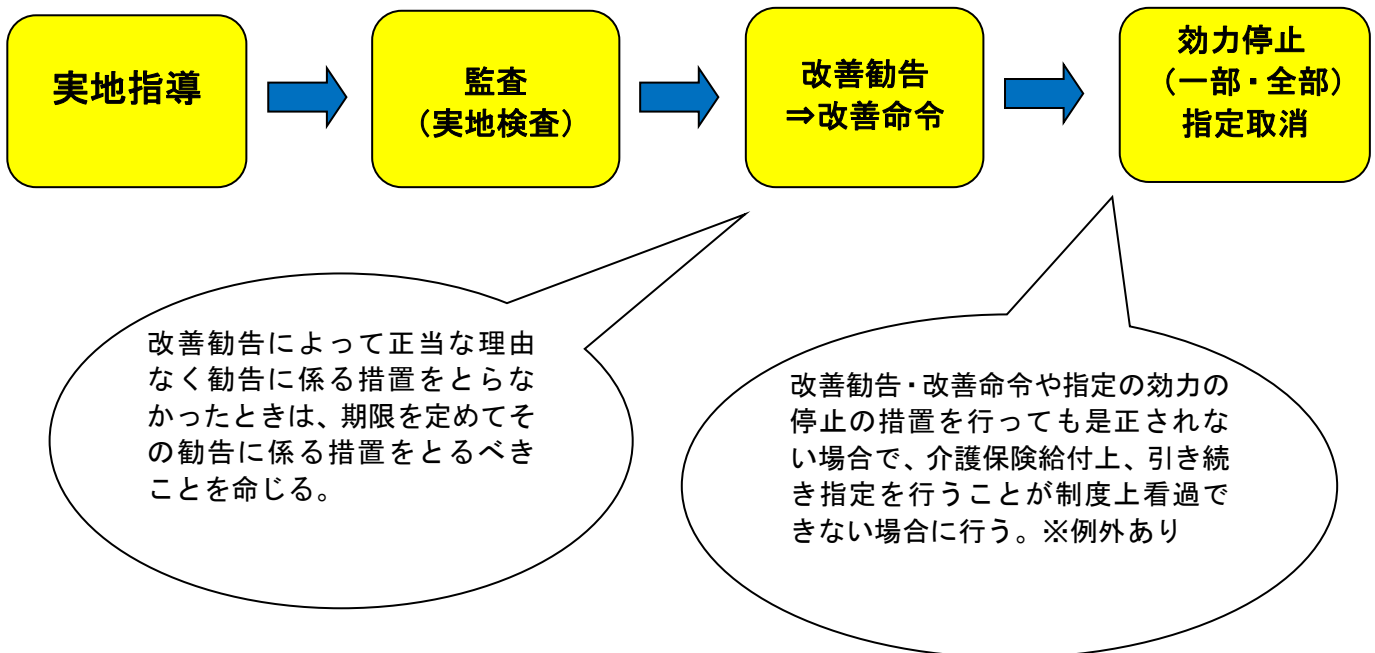
一 要確認情報

通報・苦情・相談等に基づく情報（虐待や身体拘束により生命等に危険がある場合等）

二 実施指導等において確認した情報

実地指導の際に、不正若しくは著しい不当が疑われた場合

(3) 制度の理解（指導・監査・行政処分のイメージ図）



5 実地指導事例

平成28年度に実施した実地指導において、改善する必要があると指摘した事項のうち、おおむね各サービスにおいて共通する主な事項を下表にまとめましたので、遵守すべき基準の自己点検の際に参考にしてください。

(1) 運営基準

	指摘内容	改善趣意
1	契約書や重要事項説明書において、介護サービスの提供記録の保管期間が2年間と規定されていた。	介護サービス提供記録は、その完結の日から5年間保管すること。
2	利用者の写真掲載や行政機関等への個人情報提供に関する同意が得られていなかった。	利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておくこと。
3	運営規程や重要事項等の掲示について、最新ものに更新されていなかった。	運営規程の概要、従業員の勤務の体制その他利用申込者のサービスの選択に資する重要事項については、事業所の見やすい場所に、最新の情報を掲示すること。
4	口頭での家族への説明・同意のみで、身体的拘束を行っていた。	利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合に限り、身体的拘束を行う際は、厚生労働省発行の「身体拘束ゼロへの手引き」に基づいた措置を講じること。
5	介護サービス計画書を利用者へ交付したことが確認できなかった。	介護サービス計画書を利用者等に交付したことについての記録を残すこと。
6	事業所の勤務表において、常勤・非常勤、専従・兼務が曖昧に明記されていた。	勤務表は、従業員の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従・兼務の別を明確にすること。
7	運営推進会議について、その構成員に「介護について知見を有する者」が含まれていなかった。	他事業所の介護福祉士等、介護について何らかの知見を有する者を参加させること。

(2) 報酬基準

	指摘内容	改善趣意
1	介護職員処遇改善計画書を介護職員に周知していなかった。	全ての介護職員に周知すること。なお、周知されたことが確認できる記録等を整備すること。
2	サービス提供体制強化加算について、職員の割合の算出が行われていなかった。	職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いることとされているため、毎年度、当該割合の算出が必要である。算出した結果についての記録を残すこと。

6 業務管理体制の整備に係る届出

事業者（法人）による法令遵守の義務の履行を確保し、指定取消事案などの不正行為を未然に防止するとともに、利用者又は入所者（以下「利用者等」という。）の保護と介護事業運営の適正化を図るため、介護保険法第115条の32により、事業者には法令順守等の業務管理体制の整備が義務付けられています。

事業者が整備すべき業務管理体制は、指定又は許可を受けている事業所または施設の数に応じ定められており、業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書を関係行政機関に届け出る必要があります。

(1) 事業者が整備する業務管理体制（介護保険法第115条の32・介護保険法施行規則第140条の39）

業務管理体制整備の内容			業務執行の状況の監査を定期的実施
		業務が法令に適合することを確保するための規程（＝以下「法令順守規程」）の整備	業務が法令に適合することを確保するための規程（＝以下「法令順守規程」）の整備
	法令を遵守するための体制の確保に係る責任（＝以下「法令遵守責任者」）の選任	法令を遵守するための体制の確保に係る責任（＝以下「法令遵守責任者」）の選任	法令を遵守するための体制の確保に係る責任（＝以下「法令遵守責任者」）の選任
事業所等の数	1以上20未満	20以上100未満	100以上

【要確認事項】

（※1）事業所等の数には、介護予防サービス事業所を含みますが、みなし事業所は除いてください。

例えば、同一の事業所が認知症対応型共同生活介護事業所と介護予防認知症対応型共同生活介護事業所としての指定を受けている場合には、指定を受けている事業所等の数は2として数えること。

また、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ものとみなされている事業所をいいます。

（※2）総合事業における介護予防・生活支援サービス事業は、事業所等の数から除いてください。

（※3）「法令遵守責任者」については、何らかの資格等を求めるものではないが、少なくとも介護保険法及び法に基づく命令の内容に精通した法務担当の責任者を選任することを想定していること。また、法務部門を設置していない事業者の場合には、事業者内部の法令遵守を確保することができる者を選任すること。

なお、代表者自身が法令遵守責任者となることを妨げるものではないこと。

（※4）「法令遵守規程」は、日常の業務運営に当たり、法及び法に基づく命令の遵守を確保するための注意事項や標準的な業務プロセス等を記載したものなど、事業者の実態に即したもので構わないこと。

（※5）「業務執行の状況の監査」とは、事業者が医療法人、社会福祉法人、特定非営利法人、株式会社等であって、既に各法の規程に基づき、その監事又は監査役（委員会設置会社にあつては監査委員会）が法及び法に基づく命令の遵守の状況を確保する内容を盛り込んでいる監査を行っている場合には、その監査をもって介護保険法に基づく「業務執行の状況の監査」とすることができること。なお、この監査は、事業者の監査部門等による内部監査等による内部監査又は監査法人等による外部監査のどちらの方法でも構いません。また、定期的な監査とは、必ずしも全ての事業所に対して、年1回行わなければならないものではなく、例えば事業所ごとの自己点検等と定期的な監査とを組み合わせるなど、効率的かつ効果的に行うことが望まれます。

(2) 業務管理体制の整備に係る届出先

区分	届出先
① 事業所等が3以上の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者	厚生労働大臣
② 事業所等が2以上の都道府県の区域に所在し、かつ、2以下の地方厚生局の管轄区域に所在する事業者	事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事
③ 全ての事業所等が1の都道府県の区域に所在する事業者	都道府県知事
④ 全ての事業所等が1の指定都市の区域に所在する事業者	指定都市の長
⑤ 地域密着型（介護予防）サービスのみを行う事業者であって、事業所等が同一市町村内に所在する事業者	市町村長（大村市長）

(3) 届出に必要な様式について

届出が必要となる事由	届出様式
① 業務管理体制の整備に関して届け出る場合 （介護保険法第115条の32第2項） ※全ての事業者は届け出る必要があります。	第1号様式
② 事業所等の指定等により事業展開地域が変更し 届出先区分の変更が生じた場合 （介護保険法第115条の32第2項） ※この区分の変更に関する届出は、変更前の行政機関及び変更後の行政機関の双方に届け出る必要があります。	第1号様式
③ 届出事項に変更があった場合 （介護保険法第115条の32第3項） ※以下の場合は変更の届出の必要はありません。 ・事業所等の数に変更が生じても、整備する業務管理体制が変更されない場合 ・法令遵守規程の字句の修正など業務管理体制に影響を及ぼさない軽微な変更の場合	第2号様式

(4) 様式の掲載箇所

（厚生労働省ホームページ）

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護サービス事業者の業務管理体制 > 介護サービス事業者の業務管理体制整備に関する届出について

URL : http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/service/index.html

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項
(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書

平成 年 月 日

大 村 市 長 様

事業者 名 称
代表者氏名 印

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		事業者(法人)番号												
1	届出の内容													
	(1)法第115条の32第2項関係(整備)													
	(2)法第115条の32第4項関係(区分の変更)													
	2	フリガナ 名 称	-----											
		住 所 (主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 ----- (ビルの名称等)											
		連 絡 先	電話番号					FAX番号						
		法人の種別												
		代表者の職名・氏 名・生年月日	職 名			フリガナ 氏 名	-----			生年 月日	年 月 日			
		代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 ----- (ビルの名称等)											
	3	事業所名称等 及び所在地	事業所名称	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号(医療機関等コード)				所 在 地					
計 画 所														
4	介護保険法施行規 則第140条の40第1 項第2号から第4号に 基づく届出事項	第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)					生年月日						
		第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要											
		第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要											
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課													
	事業者(法人)番号													
	区分変更の理由													
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課													
区 分 変 更	区 分 変 更 日	年 月 日												

(日本工業規格A列4番)

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の32第3項に基づく
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

平成 年 月 日

大村市長様

事業者 名 称
代表者氏名 印

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号																				
変 更 が あ っ た 事 項																				
1、法人の種別、名称(フリガナ) 2、主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 3、代表者氏名(フリガナ)、生年月日 4、代表者の住所、職名 5、事業所名称等及び所在地 6、法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日 7、業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8、業務執行の状況の監査の方法の概要																				

変 更 の 内 容	
(変更前)	
(変更後)	

(日本工業規格A列4番)

7 指定申請・指定更新

(1) 指定申請

指定申請書類を受理した月の翌々月1日に指定の決定を行うこととします。

指定申請書類の受理とは、当該申請に必要な書類に不備不足がない場合をいい、指定の決定は、指定基準（人員・運営・設備基準）の充足が確実に見込まれる場合に行われるものです。

なお、新たに指定申請をご希望の事業者については、申請前の事前協議を実施しますので、本市長寿介護課介護給付グループへご相談ください。

【留意事項】

（介護予防）認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護については、大村市第6期介護保険事業計画（平成27年度から平成29年度まで）において、本市内の既存の事業所数を超えての整備計画がないため、新規指定申請書類を受理できませんので予めご了承ください。

(2) 指定更新

地域密着型サービス事業者について、6年ごとに指定の更新が必要となります。

指定の更新を行わない場合、指定の有効期間の満了に伴い、指定の効力を失い、介護保険給付の代理受領ができなくなりますので、ご注意ください。

① 指定の有効期間について

指定の有効期間は、指定日（前回更新日）から6年間となります。

例えば、平成30年4月1日の指定を受けた事業所の場合、有効期間は平成36年3月31日が満了日となり、平成36年4月1日が指定の更新日となります。

② 指定更新手続きについて

指定の有効期間満了日が近づく指定事業者に対して、指定の有効期間満了日のおおよそ3个月前に、郵送及びメール配信により手続きについてお知らせいたしますので、提出期限を厳守して余裕をもって申請してください。

③ その他注意事項

休止中の事業所が指定の更新を行う場合は、事業の再開届出書と併せて指定更新申請書類の提出が必要となりますので、ご注意ください。当該の手続きが行われない場合は、指定事業者としての効力を失うこととなります。

(3) 様式の掲載箇所

（大村市ホームページ）

ホーム > 健康・福祉・子育て > 年金・保険 > 介護保険 > サービス事業所に関する情報 > 地域密着型サービス事業者の指定更新

URL : <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/tiikimittyakugatasiteikousinn.html>

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定申請書

平成 年 月 日

大村市長 様

所在地
申請者 名称 印

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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種類			法人所轄庁		
	代表者の職名・氏 名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市				
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	同一所在地において行う事業の種類			実施 事業	指定申請をする 事業の事業開始 予定年月日	既に指定を受け ている事業の 指定年月日
	地域密着型サ ービス	夜間対応型訪問介護				付表 1
		認知症対応型通所介護				付表 2
		小規模多機能型居宅介護				付表 3
		認知症対応型共同生活介護				付表 4
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表 5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表 6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表 7
		看護小規模多機能型居宅介護				付表 8
		地域密着型通所介護				付表 9
サ ー ビ ス	介護予防認知症対応型通所介護				付表 2	
	介護予防小規模多機能型居宅介護				付表 3	
	介護予防認知症対応型共同生活介護				付表 4	
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 略

受付番号	
------	--

**指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書**

平成 年 月 日

大村市長 様

所在地

申請者 名 称

印

代表者氏名

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

		事業所所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類別			法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ氏名	生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 -)					
指 定 更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所 及 び 事 業 の 種 類	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	現に指定を受けている事業の指定年月日	現に指定を受けている有効期間の満了年月日
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				
		認知症対応型通所介護				
		小規模多機能型居宅介護				
		認知症対応型共同生活介護				
		地域密着型特定施設入居者生活介護				
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
		看護小規模多機能型居宅介護				
	介護予防サービス	地域密着型通所介護				
介護予防認知症対応型通所介護						
介護予防小規模多機能型居宅介護						
介護予防認知症対応型共同生活介護						
介護保険事業所番号						
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

※指定更新を受けようとする事業に係る指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定申請書（第1号様式）の付表及び別添を添付してください。

付表 1 - 1 夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市							
	連絡先	電話番号			FAX 番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 条第 項第 号							
管理者	フリガナ						(郵便番号 -)		
	氏名						住所		
	生年月日								
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)								
オペレーションセンターの有無		有 ・ 無							
オペレーションセンターのか所数		か所							
予定利用者数	人 (うち他の市町村の予定利用者数 人)								
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤 (人)							
		非常勤 (人)							
		基準上の必要人数 (人)							
適合の可否									
主な揭示事項	営業日								
	営業時間								
	利用料	法定代理受領分 (一割又は二割負担分)							
		法定代理受領分以外							
	その他の費用								
	通常の事業実施地域								
添付書類	別添のとおり								

備考 略

別 添
指定更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添 付 書 類	申請する事業の種類			備考
		夜間対応型 訪問介護			
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				
2	建物外観・内装写真				
3	位置図・平面図				参考様式 3
4	設備・備品等一覧表				参考様式 5
5	代表者・管理者経歴書				参考様式 2
6	運営規定・契約書・重要事項説明書				
7	苦情処理の概要書				参考様式 7
8	勤務形態一覧表（資格者証を含む）				参考様式 1
9	直近の決算書				
10	土地・建物登記簿謄本・賃貸借契約書等				
11	地域密着型サービス費体制状況				別紙 1-3
12	誓約書・役員名簿				参考様式 9-1
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し				
14	従業者雇用契約書等				
15	損害賠償保険の保険証書の写し				
16	法人市民税の納税証明書				
17	オペレーションセンターサービスの概要書 （オペレーションセンターを設置しない場合のみ）				
18	夜間対応型訪問介護の随時訪問サービスの委託先 （他の訪問介護事業所に委託する場合のみ）				参考様式 6

備考 略

夜間対応型訪問介護事業者指定更新申請に係る添付書類作成の留意事項

○書類の作成に当たっては、次表の事項に留意して作成してください。

○指定申請の際に、既に本市へ提出済の添付書類で、内容に変更がない場合は提出を省略することができます。

	書類	留意事項
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○夜間対応型訪問介護を実施する旨の記載のある定款を添付してください。 ※記載例① 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業 ※記載例② 介護保険法に基づく夜間対応型訪問介護事業 ○法人登記事項証明書の原本を添付してください。
2	建物外観・内装写真	○建物の外観、各部屋、設備の様子が分かる写真を添付してください。 ※事務室、情報蓄積機器（PC等）、利用者から通報に対応する通信機器等（固定・携帯電話等）、利用者に配布する通信端末機器、その他必要な設備等 ※A4用紙で作成し、各写真に説明を記載してください。
3	位置図・平面図	○地図上で事業所の位置が示された位置図を添付してください。 ○各室の用途及び有効面積（内法）を記載した平面図を添付してください。 ○当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示した平面図としてください。
4	設備・備品等一覧表	○当該事業に使用する設備・備品等を記載してください。○（参考様式5）を参考としてください。
5	代表者経歴書 管理者経歴書	○住所・電話番号は自宅のものを記載してください。 ○当該事業以外の管理者に従事される場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張してその全てを記載してください。 ○資格要件を満たしていることが分かるように職歴等を記載してください。 ○（参考様式2-1）及び（参考様式2-2）を参考としてください。
6	運営規定・契約書・重要事項説明書	○必要的記載事項である下記の項目が網羅された運営規定を添付してください。 (1) 事業の目的及び運営の方針 (2) 従業員の職種、員数及び職務の内容 (3) 営業日及び営業時間 (4) 指定夜間対応型訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額 (5) 通常の事業の実施地域 (6) 緊急時等における対応方法 (7) 合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法 (8) その他運営に関する重要事項 ○現に使用されている契約書・重要事項説明書を提出してください。
7	苦情処理の概要書	○次の事項について具体的に記載してください。 ・利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者設置 ・円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順 ○（参考様式7）を参考としてください。
8	勤務形態一覧表	○原則、指定更新月の4週間分の勤務予定表を提出してください。 ○勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付してください。 ○（参考様式1）を参考としてください。
9	直近の決算書	○直近の決算書、財産目録等を提出してください。
10	土地・建物登記簿謄本 賃貸借契約書等	○土地・建物の登記事項証明書を提出してください。 ○土地・建物が賃貸の場合は、賃貸借契約書の写しを提出してください。
11	地域密着型サービス 費体制状況	○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3）を提出してください。
12	誓約書・役員名簿	○（参考様式9-1）介護保険法第78条の2第4項各号の規定に該当しない旨の誓約書を提出してください。 ○当該誓約書における「役員等名簿」欄には、申請法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記名・押印してください。
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し	○従業員の秘密保持について規定された就業規則又は秘密保持について労使間で取交わされた誓約書等の写しを提出してください。

14	従業者雇用契約書等	○雇用契約書、労働条件通知書等の従業者と法人との間で雇用の意思が確認できる書類の写しを添付してください。
15	損害賠償保険証書の写し	○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる損害賠償保険証の写し等を添付してください。
16	法人市民税の納税証明書	○本社が市外にある場合で市内に事業所等がある場合は、大村市分の納税証明書を添付してください。 ○直近の納税証明書を添付してください。
17	オペレーションセンターサービスの概要書	○オペレーションセンターを設置しない場合のみ作成・提出してください。 ○訪問介護員等が通報を受ける体制、通報を受けてからの流れについて記載された書類（任意様式）で提出ください。 （留意事項）オペレーションセンターを設置しないことができる場合とは、具体的に、利用者の人数が少なく、かつ、指定夜間対応型訪問介護事業所と利用者の上に密接な関係が築かれていることにより、定期巡回サービスを行う訪問介護員等が利用者から通報を受けた場合であっても、十分な対応を行うことが可能であることが想定されること。
18	随時訪問サービスの委託先情報書	○随時訪問サービスについて、他の訪問介護事業所に委託する場合のみ、（参考様式6）を提出してください。

付表 2-1 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（単独型・併設型）

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文			第 条第 項第 号			
併設事業所の種別、名称				事業所番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称			事業所番号
		兼務する職種 及び勤務時間等	-----			
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	
常勤(人)						
非常勤(人)						
基準上の必要人員(人)						
適合の可否						
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値	適合の可否		
			m ²	m ² 以上		
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日				
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
	利用料	法定代理受領分(一割又は二割負担分) 法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用					
	通常の事業実施地域					
	添付書類	別添のとおり				

備考 略

付表 2-2 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項（共用型）

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 条第 項第 号		
種別				事業所番号		
名称				開設年月日		
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数			人	当該事業の利用定員	人	
管理者	フリガナ				(郵便番号 -)	
	氏名	住所				
	生年月日					
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			事業所番号	
	兼務する職種及び勤務時間等		-----			
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	
常勤(人)						
非常勤(人)						
基準上の必要人員(人)						
適合の可否						
食堂及び機能訓練室の合計面積			m ²			
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日				
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)				
	利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
	利用料	法定代理受領分(一割又は二割負担分)				
		法定代理受領分以外				
	食事の提供に要する費用					
通常の事業実施地域						
添付書類		別添のとおり				

備考 略

別 添

指定更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添 付 書 類	申請する事業の種類			備考
		認知症対応型 通所介護	介護予防 認知症対応型 通所介護		
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				
2	建物外観・内装写真				
3	位置図・配置図・立面図・平面図・公図				参考様式 3
4	設備・備品等一覧表				参考様式 5
5	代表者・管理者経歴書				参考様式 2
6	運営規程・契約書・重要事項説明書				
7	苦情処理の概要書				参考様式 7
8	勤務形態一覧表（資格者証を含む）				参考様式 1
9	直近の決算書				
10	土地・建物登記簿謄本・賃貸借契約書等				
11	地域密着型介護サービス費体制状況				別紙 1-3
12	誓約書・役員名簿				参考様式 9-2
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し				
14	従業者雇用契約書等				
15	損害賠償保険の保険証書の写し				
16	法人市民税の納税証明書				
17	建築確認済証・消防検査済証				
18	運営推進会議の構成員一覧表				参考様式 11
19	非常災害に関する具体的計画書				
20	サービス提供実施単位一覧表				参考様式 8

備考 略

(介護予防) 認知症対応型通所介護事業者指定更新申請に係る添付書類作成の留意事項

○書類の作成に当たっては、次表の事項に留意して作成してください。

○指定申請の際に、既に本市へ提出済の添付書類で、内容に変更がない場合は提出を省略することができます。

	書類	留意事項
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○(介護予防) 認知症対応型通所介護を実施する旨の記載のある定款を添付してください。 ※記載例① 介護保険法に基づく認知症対応型通所介護事業 ※記載例② 介護保険法に基づく介護予防認知症対応型通所介護事業 ○法人登記事項証明書の原本を添付してください。
2	建物外観・内装写真	○建物の外観、各部屋、設備の様子が分かる写真を添付してください。 ※食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、その他必要な設備及び備品等 ※A4用紙で作成し、各写真に説明を記載してください。
3	位置図・配置図・立面図・平面図・公図	○地図上で事業所の位置が示された位置図を添付してください。 【平面図について】 ○各室の用途及び有効面積(内法)を記載した図を添付してください。 ○当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示した図としてください。 【公図について】 ○登記所(法務局、支所等)で取得した公図を添付してください。
4	設備・備品等一覧表	○当該事業に使用する設備・備品等を記載してください。 ○(参考様式5)を参考としてください。
5	代表者経歴書 管理者経歴書	○住所・電話番号は自宅のものを記載してください。 ○当該事業以外の管理者に従事される場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張してその全てを記載してください。 ○資格要件を満たしていることが分かるように職歴等を記載してください。 ○(参考様式2-1)及び(参考様式2-2)を参考としてください。
6	運営規定・契約書・重要事項説明書	○必要的記載事項である下記の項目が網羅された運営規定を添付してください。 (1)事業の目的及び運営の方針 (2)従業者の職種、員数及び職務の内容 (3)営業日及び営業時間 (4)指定認知症対応型通所介護の利用定員 (5)指定認知症対応型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 (6)通常の事業の実施地域 (7)サービス利用に当たっての留意事項 (8)緊急時等における対応方法 (9)非常災害対策 (10)その他運営に関する重要事項 ○現に使用されている契約書・重要事項説明書を提出してください。
7	苦情処理の概要書	○次の事項について具体的に記載してください。 ・利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者設置 ・円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順 ○(参考様式7)を参考としてください。
8	勤務形態一覧表	○原則、指定更新月の4週間分の勤務予定表を提出してください。 ○勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付してください。 ○(参考様式1)を参考としてください。
9	直近の決算書	○直近の決算書、財産目録等を提出してください。
10	土地・建物登記簿謄本 賃貸借契約書等	○土地・建物の登記事項証明書を提出してください。 ○土地・建物が賃貸の場合は、賃貸借契約書の写しを提出してください。
11	地域密着型サービス 費体制状況	○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)を提出してください。

12	誓約書・役員名簿	<p>○(参考様式9-2)介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書を提出してください。</p> <p>○当該誓約書における「役員等名簿」欄には、申請法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。)及び事業所を管理する者について記名・押印してください。</p>
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し	○従業者の秘密保持について規定された就業規則又は秘密保持について労使間で取交わされた誓約書等の写しを提出してください。
14	従業者雇用契約書等	○雇用契約書、労働条件通知書等の従業者と法人との間で雇用の意思が確認できる書類の写しを添付してください。
15	損害賠償保険証書の写し	○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる損害賠償保険証の写し等を添付してください。
16	法人市民税の納税証明書	<p>○本社が市外にある場合で市内に事業所等がある場合は、大村市分の納税証明書を添付してください。</p> <p>○直近の納税証明書を添付してください。</p>
17	建築検査済証 消防検査済証	<p>【建築検査済証】</p> <p>○新築又は改築の場合は建築検査済証の写しを添付してください。</p> <p>○用途変更を行った場合で建築確認が必要な場合は建築確認済証の写しを、建築確認が不要な場合は建設部局(県央振興局等)との相談内容の記載について任意様式で提出してください。</p> <p>【消防検査済証】</p> <p>○消防法上の許可を得ていることが分かる消防用設備等検査済証等を提出してください。</p> <p>○消防用検査の必要がない場合は、防火対象物使用開始届出書等の写しを提出してください。</p>
18	運営推進会議の構成 員一覧表	○指定基準上、指定にあたっては、「既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要」とされていますので、選任が確実な委員を記載してください。
19	非常災害に関する具 体的計画書	○「非常災害に関する具体的計画書」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画(これに準ずる計画を含む。)及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいうものであること。
20	サービス提供実施単 位一覧表	○参考様式8に沿って、曜日ごとのサービス提供単位の状況を記載してください。

別 添

指定更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添 付 書 類	申請する事業の種類			備考
		小規模多機能 型居宅介護	介護予防 小規模多機能 型居宅介護		
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				
2	建物外観・内装写真				
3	位置図・配置図・立面図・平面図・公図				参考様式 3
4	設備・備品等一覧表				参考様式 5
5	代表者・管理者・介護支援専門員経歴書				参考様式 2
6	運営規程・契約書・重要事項説明書				
7	苦情処理の概要書				参考様式 7
8	勤務形態一覧表（資格者証を含む）				参考様式 1
9	直近の決算書				
10	土地・建物登記簿謄本・賃貸借契約書等				
11	地域密着型介護サービス費体制状況				別紙 1-3
12	誓約書・役員名簿				参考様式 9-2
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し				
14	従業者雇用契約書等				
15	損害賠償保険の保険証書の写し				
16	法人市民税の納税証明書				
17	建築確認済証・消防検査済証				
18	運営推進会議の構成員一覧表				参考様式 11
19	非常災害に関する具体的計画書				
20	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容				
21	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要				

備考 略

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業者指定更新申請に係る添付書類作成の留意事項

○書類の作成に当たっては、次表の事項に留意して作成してください。

○指定申請の際に、既に本市へ提出済の添付書類で、内容に変更がない場合は提出を省略することができます。

	書類	留意事項
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○(介護予防)小規模多機能型居宅介護を実施する旨の記載のある定款を添付してください。 ※記載例① 介護保険法に基づく小規模多機能型居宅介護事業 ※記載例② 介護保険法に基づく介護予防小規模多機能型居宅介護事業 ○法人登記事項証明書の原本を添付してください。
2	建物外観・内装写真	○建物の外観、各部屋、設備の様子が分かる写真を添付してください。 ※居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、事務室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、その他必要な設備及び備品等 ※A4用紙で作成し、各写真に説明を記載してください。
3	位置図・配置図・立面図・平面図・公図	○地図上で事業所の位置が示された位置図を添付してください。 【平面図について】 ○各室の用途及び有効面積(内法)を記載した図を添付してください。 ○当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示した図としてください。 【公図について】 ○登記所(法務局、支所等)で取得した公図を添付してください。
4	設備・備品等一覧表	○当該事業に使用する設備・備品等を記載してください。 ○(参考様式5)を参考としてください。
5	代表者経歴書 管理者経歴書 介護支援専門員経歴書	○住所・電話番号は自宅のものを記載してください。 ○当該事業以外の管理者に従事される場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張してその全てを記載してください。 ○資格要件を満たしていることが分かるように職歴等を記載してください。 ○(参考様式2-1)、(参考様式2-2)及び(参考様式2-3)を参考としてください。
6	運営規定・契約書・重要事項説明書	○必要的記載事項である下記の項目が網羅された運営規定を添付してください。 (1)事業の目的及び運営の方針 (2)従業者の職種、員数及び職務の内容 (3)営業日及び営業時間 (4)指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員 (5)指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額 (6)通常の事業の実施地域 (7)サービス利用に当たっての留意事項 (8)緊急時等における対応方法 (9)非常災害対策 (10)その他運営に関する重要事項 ○現に使用されている契約書・重要事項説明書を提出してください。
7	苦情処理の概要書	○次の事項について具体的に記載してください。 ・利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者設置 ・円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順 ○(参考様式7)を参考としてください。
8	勤務形態一覧表	○原則、指定更新月の4週間分の勤務予定表を提出してください。 ○勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付してください。 ○(参考様式1)を参考としてください。
9	直近の決算書	○直近の決算書、財産目録等を提出してください。
10	土地・建物登記簿謄本 賃貸借契約書等	○土地・建物の登記事項証明書を提出してください。 ○土地・建物が賃貸の場合は、賃貸借契約書の写しを提出してください。
11	地域密着型サービス 費体制状況	○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)を提出してください。

12	誓約書・役員名簿	<p>○(参考様式9-2)介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書を提出してください。</p> <p>○当該誓約書における「役員等名簿」欄には、申請法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。)及び事業所を管理する者について記名・押印してください。</p>
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し	○従業者の秘密保持について規定された就業規則又は秘密保持について労使間で取交わされた誓約書等の写しを提出してください。
14	従業者雇用契約書等	○雇用契約書、労働条件通知書等の従業者と法人との間で雇用の意思が確認できる書類の写しを添付してください。
15	損害賠償保険証書の写し	○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる損害賠償保険証の写し等を添付してください。
16	法人市民税の納税証明書	<p>○本社が市外にある場合で市内に事業所等がある場合は、大村市分の納税証明書を添付してください。</p> <p>○直近の納税証明書を添付してください。</p>
17	建築検査済証 消防検査済証	<p>【建築検査済証】</p> <p>○新築又は改築の場合は建築検査済証の写しを添付してください。</p> <p>○用途変更を行った場合で建築確認が必要な場合は建築確認済証の写しを、建築確認が不要な場合は建設部局(県央振興局等)との相談内容の記載について任意様式で提出してください。</p> <p>【消防検査済証】</p> <p>○消防法上の許可を得ていることが分かる消防用設備等検査済証等を提出してください。</p> <p>○消防用検査の必要がない場合は、防火対象物使用開始届出書等の写しを提出してください。</p>
18	運営推進会議の構成 員一覧表	○指定基準上、指定にあたっては、「既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要」とされていますので、選任が確実な委員を記載してください。
19	非常災害に関する具 体的計画書	○「非常災害に関する具体的計画書」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画(これに準ずる計画を含む。)及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいうものであること。
20	協力医療機関(協力 歯科医療機関)との 契約の内容	○利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連携する協力医療機関(協力歯科医療機関を含む)と、取り交わした協定書または契約書の写しを添付してください。
21	介護老人福祉施設・ 介護老人福祉施設・ 病院等との連携体制 及び支援体制の概要	<p>○次の事項について、具体的かつわかりやすく記載した書類を任意様式で提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供確保のための連携・支援体制 ・夜間における緊急時の対応等のための連携・支援体制 ・その他参考事項(市町村との連携体制など)

付表4 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
		県 都市						
連絡先	電話番号			FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第	条第	項第	号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
	生年月日							
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）							
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）		名称			事業所番号			
		兼務する職種及び勤務時間等		-----				
共同生活住居数		戸	①		②			
利用者数（推定数を記入）		人	人		人			
従業者の職種・員数			介護従業者		介護従業者		計画作成担当者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）								
非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）								
基準上の必要人数（人）								
適合の可否								
主な揭示事項	居室数		（うち個室 室）		（うち個室 室）			
	利用定員		人		人			
	利用料	法定代理受領分（一割又は二割負担分）						
		法定代理受領分以外						
その他の費用								
機 協 関 力 医 療	名称				主な診療科名			
	名称				主な診療科名			
耐火構造物、準耐火構造物等の別								
運営推進会議の有無			有 ・ 無					
添付書類		別添のとおり						

備考 略

別 添

指定更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添付書類	申請する事業の種類			備考
		認知症対応型 共同生活介護	介護予防 認知症対応型 共同生活介護		
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				
2	建物外観・内装写真				
3	位置図・配置図・立面図・平面図・公図				参考様式 3
4	設備・備品等一覧表				参考様式 5
5	代表者・管理者・介護支援専門員 計画作成担当者経歴書				参考様式 2
6	運営規程・契約書・重要事項説明書				
7	苦情処理の概要書				参考様式 7
8	勤務形態一覧表（資格者証を含む）				参考様式 1
9	直近の決算書				
10	土地・建物登記簿謄本・賃貸借契約書等				
11	地域密着型介護サービス費体制状況				別紙 1-3
12	誓約書・役員名簿				参考様式 9-2
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し				
14	従業者雇用契約書等				
15	損害賠償保険の保険証書の写し				
16	法人市民税の納税証明書				
17	建築確認済証・消防検査済証				
18	運営推進会議の構成員一覧表				参考様式 11
19	非常災害に関する具体的計画書				
20	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容				
21	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要				

備考 略

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業者指定更新申請に係る添付書類作成の留意事項

○書類の作成に当たっては、次表の事項に留意して作成してください。

○指定申請の際に、既に本市へ提出済の添付書類で、内容に変更がない場合は提出を省略することができます。

	書類	留意事項
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○(介護予防) 認知症対応型共同生活介護を実施する旨の記載のある定款を添付してください。 ※記載例① 介護保険法に基づく認知症対応型共同生活介護事業 ※記載例② 介護保険法に基づく介護予防認知症対応型共同生活介護事業 ○法人登記事項証明書の原本を添付してください。
2	建物外観・内装写真	○建物の外観、各部屋、設備の様子が分かる写真を添付してください。 ※居室、居間、食堂、台所、浴室、消火設備、非常災害設備、その他必要な設備等 ※内装写真について、2以上の共同生活住居から構成される事業所は共同生活住居ごとに作成してください。 ※A4用紙で作成し、各写真に説明を記載してください。
3	位置図・配置図・立面図・平面図・公図	○地図上で事業所の位置が示された位置図を添付してください。 【平面図について】 ○各室の用途及び有効面積(内法)を記載した図を添付してください。 ○当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示した図としてください。 【公図について】 ○登記所(法務局、支所等)で取得した公図を添付してください。
4	設備・備品等一覧表	○当該事業に使用する設備・備品等を記載してください。○(参考様式5)を参考としてください。
5	代表者経歴書 管理者経歴書 介護支援専門員経歴書 計画作成担当者	○住所・電話番号は自宅のものを記載してください。 ○当該事業以外の管理者に従事される場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張してその全てを記載してください。 ○資格要件を満たしていることが分かるように職歴等を記載してください。 ○(参考様式2-1)及び(参考様式2-2)並びに(参考様式2-3)及び(参考様式2-4)を参考としてください。
6	運営規定・契約書・重要事項説明書	○必要的記載事項である下記の項目が網羅された運営規定を添付してください。 (1)事業の目的及び運営の方針 (2)従業者の職種、員数及び職務の内容 (3)利用定員 (4)指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 (5)入居に当たっての留意事項 (6)非常災害対策 (7)その他運営に関する重要事項 ○現に使用されている契約書・重要事項説明書を提出してください。
7	苦情処理の概要書	○次の事項について具体的に記載してください。 ・利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者設置 ・円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順 ○(参考様式7)を参考としてください。
8	勤務形態一覧表	○原則、指定更新月の4週間分の勤務予定表を提出してください。 ○勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付してください。 ○(参考様式1)を参考としてください。
9	直近の決算書	○直近の決算書、財産目録等を提出してください。
10	土地・建物登記簿謄本 賃貸借契約書等	○土地・建物の登記事項証明書を提出してください。 ○土地・建物が賃貸の場合は、賃貸借契約書の写しを提出してください。
11	地域密着型サービス 費体制状況	○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)を提出してください。

12	誓約書・役員名簿	<p>○(参考様式9-2)介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書を提出してください。</p> <p>○当該誓約書における「役員等名簿」欄には、申請法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。)及び事業所を管理する者について記名・押印してください。</p>
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し	○従業者の秘密保持について規定された就業規則又は秘密保持について労使間で取交わされた誓約書等の写しを提出してください。
14	従業者雇用契約書等	○雇用契約書、労働条件通知書等の従業者と法人との間で雇用の意思が確認できる書類の写しを添付してください。
15	損害賠償保険証書の写し	○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる損害賠償保険証の写し等を添付してください。
16	法人市民税の納税証明書	<p>○本社が市外にある場合で市内に事業所等がある場合は、大村市分の納税証明書を添付してください。</p> <p>○直近の納税証明書を添付してください。</p>
17	建築検査済証 消防検査済証	<p>【建築検査済証】</p> <p>○新築又は改築の場合は建築検査済証の写しを添付してください。</p> <p>○用途変更を行った場合で建築確認が必要な場合は建築確認済証の写しを、建築確認が不要な場合は建設部局(県央振興局等)との相談内容の記載について任意様式で提出してください。</p> <p>【消防検査済証】</p> <p>○消防法上の許可を得ていることが分かる消防用設備等検査済証等を提出してください。</p> <p>○消防用検査の必要がない場合は、防火対象物使用開始届出書等の写しを提出してください。</p>
18	運営推進会議の構成員一覧表	○指定基準上、指定にあたっては、「既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要」とされていますので、選任が確実な委員を記載してください。
19	非常災害に関する具体的計画書	○「非常災害に関する具体的計画書」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画(これに準ずる計画を含む。)及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいうものであること。
20	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	○利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連携する協力医療機関(協力歯科医療機関を含む)と、取り交わした協定書または契約書の写しを添付してください。
21	介護老人福祉施設・介護老人福祉施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要	<p>○次の事項について、具体的かつわかりやすく記載した書類を任意様式で提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供確保のための連携・支援体制 ・夜間における緊急時の対応等のための連携・支援体制 ・その他参考事項(市町村との連携体制など)

付表6 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

受付番号

施設	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条第 項第 号							
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)				
	氏名						
	生年月日						
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称	事業所番号				
		兼務する職種及び勤務時間等					
本体施設の有無	有・無						
併設事業所の有無	有・無	併設事業所の名称、定員					
短期入所生活介護の実施の有無	有・無	事業の実施形態 空床型・併設型					
入居者数(推定数を記入)	人	短期入所利用者数(併設型の場合)	人(推定数を記入)				
従業者の職種・員数							
		医師	生活相談員	介護職員	看護職員		
		専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
		栄養士	機能訓練指導員	介護支援専門員	栄養士を配置しない場合の措置		
		専従	*兼務	専従	*兼務		
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
設備基準上の数値記載項目等				地域密着型介護老人福祉施設		短期入所生活介護	
				基準上の必要値	適合の可否	基準上の必要値	適合の可否
居室	1室の最大定員	人	人以下		人	人以下	
	入所者1人あたりの最小床面積	m ²	m ²		m ²	m ²	
食堂と機能訓練室の合計面積		m ²	m ²		m ²	m ²	
廊下	片廊下の幅	m	m		m	m	
	中廊下の幅	m	m		m	m	
主な揭示事項							
入所(利用)定員						人	人
租料	法定代理受領分 (一割又は二割負担分)						
	法定代理受領分以外						
その他の費用							
療協機関医	名称			主な診療科名			
	名称			主な診療科名			
運営推進会議の有無		有・無					
添付書類		別添のとおり					

備考 略

別 添

指定更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称					
番号	添 付 書 類	申請する事業の種類			備考
		介護老人福祉 施設入所者 生活介護			
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				
2	建物外観・内装写真				
3	位置図・配置図・立面図・平面図・公図				参考様式 3
4	居室面積等一覧表・設備備品等一覧表				参考様式 4 参考様式 5
5	代表者・管理者・介護支援専門員経歴書				参考様式 2
6	運営規程・契約書・重要事項説明書				
7	苦情処理の概要書				参考様式 7
8	勤務形態一覧表（資格者証を含む）				参考様式 1
9	直近の決算書				
10	土地・建物登記簿謄本・賃貸借契約書等				
11	地域密着型介護サービス費体制状況				別紙 1-3
12	誓約書・役員名簿				参考様式 9-2
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し				
14	従業者雇用契約書等				
15	損害賠償保険の保険証書の写し				
16	法人市民税の納税証明書				
17	建築確認済証・消防検査済証				
18	運営推進会議の構成員一覧表				参考様式 11
19	非常災害に関する具体的計画書				
20	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容				
21	特別養護老人ホーム認可証の写し				
22	本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間				

備考 略

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者指定更新申請に係る添付書類作成の留意事項

○書類の作成に当たっては、次表の事項に留意して作成してください。

○指定申請の際に、既に本市へ提出済の添付書類で、内容に変更がない場合は提出を省略することができます。

	書類	留意事項
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を実施する旨の記載のある定款を添付してください。 ※記載例① 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業 ※記載例② 介護保険法に基づく地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業 ○法人登記事項証明書の原本を添付してください。
2	建物外観・内装写真	○建物の外観、各部屋、設備の様子が分かる写真を添付してください。 ※居室、共同生活室、洗面設備、便所、浴室、医務室、廊下、消火設備その他災害設備、プザー、医薬品、医療機器等々 ※ユニットごとに作成してください。 ※A4用紙で作成し、各写真に説明を記載してください。
3	位置図・配置図・立面図 平面図・公図	○地図上で事業所の位置が示された位置図を添付してください。 【平面図について】 ○各室の用途及び有効面積（内法）を記載した図を添付してください。 ○当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示した図としてください。 【公図について】 ○登記所（法務局、支所等）で取得した公図を添付してください。
4	居室面積等一覧表 設備備品等一覧表	○（参考様式4）を参考に設備基準上の居室の面積等を記載してください。 ○（参考様式5）を参考に当該事業に使用する設備・備品等を記載してください。
5	代表者経歴書 管理者経歴書 介護支援専門員経歴書	○住所・電話番号は自宅のものを記載してください。 ○当該事業以外の管理者に従事される場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張してその全てを記載してください。 ○資格要件を満たしていることが分かるように職歴等を記載してください。 ○（参考様式2-1）、（参考様式2-2）及び（参考様式2-3）を参考としてください。
6	運営規定・契約書・重要事項説明書	○必要的記載事項である下記の項目が網羅された運営規定を添付してください。 （ex：ユニット型施設の場合） （1）施設の目的及び運営の方針 （2）従業者の職種、員数及び職務内容 （3）入居定員 （4）ユニットの数及びユニットごとの入居定員 （5）施設介護の内容及び利用料その他の費用の額 （6）施設の利用に当たっての留意事項 （7）非常災害対策 （8）その他運営に関する重要事項 ○現に使用されている契約書・重要事項説明書を提出してください。
7	苦情処理の概要書	○次の事項について具体的に記載してください。 ・利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者設置 ・円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順 ○（参考様式7）を参考としてください。
8	勤務形態一覧表	○原則、指定更新月の4週間分の勤務予定表を提出してください。 ○勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付してください。 ○（参考様式1）を参考としてください。
9	直近の決算書	○直近の決算書、財産目録等を提出してください。
10	土地・建物登記簿謄本 賃貸借契約書等	○土地・建物の登記事項証明書を提出してください。 ○土地・建物が賃貸の場合は、賃貸借契約書の写しを提出してください。
11	地域密着型サービス 費体制状況	○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3）を提出してください。

12	誓約書・役員名簿	<p>○（参考様式9-1）介護保険法第78条の2第4項各号の規定に該当しない旨の誓約書を提出してください。</p> <p>○当該誓約書における「役員等名簿」欄には、申請法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記名・押印してください。</p>
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し	○従業者の秘密保持について規定された就業規則又は秘密保持について労使間で取交わされた誓約書等の写しを提出してください。
14	従業者雇用契約書等	○雇用契約書、労働条件通知書等の従業者と法人との間で雇用の意思が確認できる書類の写しを添付してください。
15	損害賠償保険証書の写し	○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる損害賠償保険証の写し等を添付してください。
16	法人市民税の納税証明書	<p>○本社が市外にある場合で市内に事業所等がある場合は、大村市分の納税証明書を添付してください。</p> <p>○直近の納税証明書を添付してください。</p>
17	建築検査済証 消防検査済証	<p>【建築検査済証】</p> <p>○新築又は改築の場合は建築検査済証の写しを添付してください。</p> <p>○用途変更を行った場合で建築確認が必要な場合は建築確認済証の写しを、建築確認が不要な場合は建設部局（県央振興局等）との相談内容の記載について任意様式で提出してください。</p> <p>【消防検査済証】</p> <p>○消防法上の許可を得ていることが分かる消防用設備等検査済証等を提出してください。</p> <p>○消防用検査の必要がない場合は、防火対象物使用開始届出書等の写しを提出してください。</p>
18	運営推進会議の構成員一覧表	○指定基準上、指定にあたっては、「既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要」とされていますので、選任が確実な委員を記載してください。
19	非常災害に関する具体的計画書	○「非常災害に関する具体的計画書」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいうものであること。
20	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	○利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連携する協力医療機関（協力歯科医療機関を含む）と、取り交わした協定書または契約書の写しを添付してください。
21	特別養護老人ホームの認可証の写し	○長崎県から発行された特別養護老人ホームの許可証の写しを添付してください。 ※介護保険法上の指定を受ける前に、老人福祉法上の認可が必要になります。
22	本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間	○サテライト型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所のみ任意様式で提出してください。

付表 7-1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市										
	連絡先	電話番号					FAX 番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 条第 項第 号										
管理者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
	事業所内の従業者との兼務の有無	(有・無)	(職種 :)									
	他事業所の従業者との兼務の有無	(有・無)	事業所の名称									
		兼務する職種及び勤務時間等										
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)		名称										
		住所	(郵便番号 -)									
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者		
		定期巡回サービス		随時訪問サービス								
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)										
		非常勤(人)										
		常勤換算後の人数(人)	/		/		/		/		/	
		基準上の必要人数(人)										
適合の可否												
主な揭示事項	営業日											
	営業時間											
	利用料	法定代理受領分(一割又は二割負担分)										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
	通常の事業実施地域											
添付書類	別添のとおり											

備考 略

別 添

受付番号

指定更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添 付 書 類	申請する事業の種類			備考
		定期巡回・随 時対応型訪問 介護看護			
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				
2	建物外観・内装写真				
3	位置図・平面図				参考様式 3
4	設備・備品等一覧表				参考様式 5
5	代表者・管理者経歴書				参考様式 2
6	運営規定・契約書・重要事項説明書				
7	苦情処理の概要書				参考様式 7
8	勤務形態一覧表（資格者証を含む）				参考様式 1
9	直近の決算書				
10	土地・建物登記簿謄本・賃貸借契約書等				
11	地域密着型サービス費体制状況				別紙 1-3
12	誓約書・役員名簿				参考様式 9-1
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し				
14	従業者雇用契約書等				
15	損害賠償保険の保険証書の写し				
16	法人市民税の納税証明書				

備考 略

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者指定更新申請に係る添付書類作成の留意事項

○書類の作成に当たっては、次表の事項に留意して作成してください。

○指定申請の際に、既に本市へ提出済の添付書類で、内容に変更がない場合は提出を省略することができます。

	書類	留意事項
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する旨の記載のある定款を添付してください。 ※記載例① 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業 ※記載例② 介護保険法に基づく定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業 ○法人登記事項証明書の原本を添付してください。
2	建物外観・内装写真	○建物の外観、各部屋、設備の様子が分かる写真を添付してください。 ※事務室、情報蓄積機器(PC等)、利用者から通報に対応する通信機器等(固定・携帯電話等)、利用者に配布する通信端末機器、その他必要な設備等 ※A4用紙で作成し、各写真に説明を記載してください。
3	位置図・平面図	○地図上で事業所の位置が示された位置図を添付してください。 ○各室の用途及び有効面積(内法)を記載した平面図を添付してください。 ○当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示した平面図としてください。
4	設備・備品等一覧表	○当該事業に使用する設備・備品等を記載してください。○(参考様式5)を参考としてください。
5	代表者経歴書 管理者経歴書	○住所・電話番号は自宅のものを記載してください。 ○当該事業以外の管理者に従事される場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張してその全てを記載してください。 ○資格要件を満たしていることが分かるように職歴等を記載してください。 ○(参考様式2-1)及び(参考様式2-2)を参考としてください。
6	運営規定・契約書・重要事項説明書	○必要的記載事項である下記の項目が網羅された運営規定を添付してください。 (1)事業の目的及び運営の方針 (2)従業者の職種、員数及び職務の内容 (3)営業日及び営業時間 (4)指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容及び利用料その他の費用の額 (5)通常の事業の実施地域 (6)緊急時等における対応方法 (7)合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法 (8)その他運営に関する重要事項 ○現に使用されている契約書・重要事項説明書を提出してください。
7	苦情処理の概要書	○次の事項について具体的に記載してください。 ・利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者設置 ・円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順 ○(参考様式7)を参考としてください。
8	勤務形態一覧表	○原則、指定更新月の4週間分の勤務予定表を提出してください。 ○勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付してください。 ○(参考様式1)を参考としてください。
9	直近の決算書	○直近の決算書、財産目録等を提出してください。
10	土地・建物登記簿謄本 賃貸借契約書等	○土地・建物の登記事項証明書を提出してください。 ○土地・建物が賃貸の場合は、賃貸借契約書の写しを提出してください。
11	地域密着型サービス 費体制状況	○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1-3)を提出してください。
12	誓約書・役員名簿	○(参考様式9-1)介護保険法第78条の2第4項各号の規定に該当しない旨の誓約書を提出してください。 ○当該誓約書における「役員等名簿」欄には、申請法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。)及び事業所を管理する者について記名・押印してください。

13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し	○従業者の秘密保持について規定された就業規則又は秘密保持について労使間で取交わされた誓約書等の写しを提出してください。
14	従業者雇用契約書等	○雇用契約書、労働条件通知書等の従業者と法人との間で雇用の意思が確認できる書類の写しを添付してください。
15	損害賠償保険証書の写し	○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる損害賠償保険証書の写し等を添付してください。
16	法人市民税の納税証明書	○本社が市外にある場合で市内に事業所等がある場合は、大村市分の納税証明書を添付してください。 ○直近の納税証明書を添付してください。

付表 8-1 看護小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市						

連絡先	電話番号				FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条第	項第	号
併設施設等	種別	名称			事業所番号			
訪問看護事業所の指定の有無	(有・無)	病院、診療所、訪問看護ステーションの別						
	名称				事業所番号			
管理者	フリガナ				(郵便番号 -)			
	氏名	住所						
	生年月日							
	事業所内の従業者との兼務の有無	(有・無)	(職種 :)					
	他事業所の従業者との兼務の有無	(有・無)	事業所の名称		事業所番号			
兼務する職種及び勤務時間等								
通いサービスの利用者数 (推定数を記入)				人				
登録定員	人		通いサービスの利用定員	人		宿泊サービスの利用定員	人	
従業者の職種・員数		介護従事者		うち看護職員		介護支援専門員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤 (人)						
		非常勤 (人)						
		常勤換算後の人数 (人)						
		基準上の必要人数 (人)						
適合の可否								
建築構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別							
	居間及び食堂の合計面積		m ²		適合の可否			
	個室の宿泊室	室	うち床面積 6.4 m ² 以上 7.43 m ² 未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)				室	
	個室以外の宿泊室の合計面積	m ²	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	基準上の必要数値	m ² 以上	適合の可否	
主な揭示事項	営業日							
	営業時間							
	登録定員	人						
	通いサービスの利用定員	人						
	宿泊サービスの利用定員	人						
	利用料	法定代理受領分 (一割又は二割負担分)						
		法定代理受領分以外						
	食事の提供に要する費用							
宿泊に要する費用								
通常の事業実施地域								
協力医療機関	名称				主な診療科名			
	名称				主な診療科名			
運営推進会議の有無		有・無						
添付書類		別添のとおり						

備考 略

別 添

指定更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添 付 書 類	申請する事業の種類			備考
		看護小規模多機能型居宅介護			
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				
2	建物外観・内装写真				
3	位置図・配置図・立面図・平面図・公図				参考様式 3
4	設備・備品等一覧表				参考様式 5
5	代表者・管理者・介護支援専門員経歴書				参考様式 2
6	運営規程・契約書・重要事項説明書				
7	苦情処理の概要書				参考様式 7
8	勤務形態一覧表（資格者証を含む）				参考様式 1
9	直近の決算書				
10	土地・建物登記簿謄本・賃貸借契約書等				
11	地域密着型介護サービス費体制状況				別紙 1-3
12	誓約書・役員名簿				参考様式 9-2
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し				
14	従業者雇用契約書等				
15	損害賠償保険の保険証書の写し				
16	法人市民税の納税証明書				
17	建築確認済証・消防検査済証				
18	運営推進会議の構成員一覧表				参考様式 11
19	非常災害に関する具体的計画書				
20	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容				
21	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要				

備考 略

看護小規模多機能型居宅介護事業者指定更新申請に係る添付書類作成の留意事項

○書類の作成に当たっては、次表の事項に留意して作成してください。

○指定申請の際に、既に本市へ提出済の添付書類で、内容に変更がない場合は提出を省略することができます。

	書類	留意事項
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○看護小規模多機能型居宅介護を実施する旨の記載のある定款を添付してください。 ※記載例① 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業 ※記載例② 介護保険法に基づく看護小規模多機能型居宅介護事業 ○法人登記事項証明書の原本を添付してください。
2	建物外観・内装写真	○建物の外観、各部屋、設備の様子が分かる写真を添付してください。 ※居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、事務室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、その他必要な設備及び備品等 ※A4用紙で作成し、各写真に説明を記載してください。
3	位置図・配置図・立面図 平面図・公図	○地図上で事業所の位置が示された位置図を添付してください。 【平面図について】 ○各室の用途及び有効面積（内法）を記載した図を添付してください。 ○当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示した図としてください。 【公図について】 ○登記所（法務局、支所等）で取得した公図を添付してください。
4	設備・備品等一覧表	○当該事業に使用する設備・備品等を記載してください。 ○（参考様式5）を参考としてください。
5	代表者経歴書 管理者経歴書 介護支援専門員経歴書	○住所・電話番号は自宅のものを記載してください。 ○当該事業以外の管理者に従事される場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張してその全てを記載してください。 ○資格要件を満たしていることが分かるように職歴等を記載してください。 ○（参考様式2-1）、（参考様式2-2）及び（参考様式2-3）を参考としてください。
6	運営規定・契約書・重要事項説明書	○必要的記載事項である下記の項目が網羅された運営規定を添付してください。 (1)事業の目的及び運営の方針 (2)従業者の職種、員数及び職務の内容 (3)営業日及び営業時間 (4)指定看護小規模多機能型居宅介護の登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員 (5)指定看護小規模多機能型居宅介護の内容及び利用料その他の費用の額 (6)通常の事業の実施地域 (7)サービス利用に当たっての留意事項 (8)緊急時等における対応方法 (9)非常災害対策 (10)その他運営に関する重要事項 ○現に使用されている契約書・重要事項説明書を提出してください。
7	苦情処理の概要書	○次の事項について具体的に記載してください。 ・利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者設置 ・円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順 ○（参考様式7）を参考としてください。
8	勤務形態一覧表	○原則、指定更新月の4週間分の勤務予定表を提出してください。 ○勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付してください。 ○（参考様式1）を参考としてください。
9	直近の決算書	○直近の決算書、財産目録等を提出してください。
10	土地・建物登記簿謄本 賃貸借契約書等	○土地・建物の登記事項証明書を提出してください。 ○土地・建物が賃貸の場合は、賃貸借契約書の写しを提出してください。
11	地域密着型サービス	○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3）を提出してください。

12	誓約書・役員名簿	<p>○（参考様式9-1）介護保険法第78条の2第4項各号の規定に該当しない旨の誓約書を提出してください。</p> <p>○当該誓約書における「役員等名簿」欄には、申請法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記名・押印してください。</p>
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し	○従業者の秘密保持について規定された就業規則又は秘密保持について労使間で取交わされた誓約書等の写しを提出してください。
14	従業者雇用契約書等	○雇用契約書、労働条件通知書等の従業者と法人との間で雇用の意思が確認できる書類の写しを添付してください。
15	損害賠償保険証書の写し	○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる損害賠償保険証の写し等を添付してください。
16	法人市民税の納税証明書	<p>○本社が市外にある場合で市内に事業所等がある場合は、大村市分の納税証明書を添付してください。</p> <p>○直近の納税証明書を添付してください。</p>
17	建築検査済証 消防検査済証	<p>【建築検査済証】</p> <p>○新築又は改築の場合は建築検査済証の写しを添付してください。</p> <p>○用途変更を行った場合で建築確認が必要な場合は建築確認済証の写しを、建築確認が不要な場合は建設部局（県央振興局等）との相談内容の記載について任意様式で提出してください。</p> <p>【消防検査済証】</p> <p>○消防法上の許可を得ていることが分かる消防用設備等検査済証等を提出してください。</p> <p>○消防用検査の必要がない場合は、防火対象物使用開始届出書等の写しを提出してください。</p>
18	運営推進会議の構成員一覧表	○指定基準上、指定にあたっては、「既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要」とされていますので、選任が確実な委員を記載してください。
19	非常災害に関する具体的計画書	○「非常災害に関する具体的計画書」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいうものであること。
20	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容	○利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連携する協力医療機関（協力歯科医療機関を含む）と、取り交わした協定書または契約書の写しを添付してください。
21	介護老人福祉施設・介護老人福祉施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要	<p>○次の事項について、具体的かつわかりやすく記載した書類を任意様式で提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供確保のための連携・支援体制 ・夜間における緊急時の対応等のための連携・支援体制 ・その他参考事項（市町村との連携体制など）

付表9 地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第	条第	項第	号	
管理者	フリガナ				(郵便番号 -)				
	氏名				住所				
	生年月日								
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 （兼務の場合のみ記入）	名称				兼務する職種 及び勤務時間等			
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）									
非常勤（人）									
適合の可否									
食堂及び機能訓練室の合計面積					基準上の必要数値		適合の可否		
					m ²		m ² 以上		
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日							
	営業時間	営業時間 : ~ : 単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)							
	利用定員	人 (単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)							
	利用料	法定代理受領分 (一割又は二割負担分)							
		法定代理受領分以外							
	その他の費用								
	通常の事業実施地域								
添付書類	別添のとおり								

備考 略

別 添

指定更新申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添 付 書 類	申請する事業の種類			備考
		地域密着型 通所介護			
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				
2	建物外観・内装写真				
3	位置図・配置図・立面図・平面図・公図				参考様式 3
4	設備・備品等一覧表				参考様式 5
5	代表者・管理者経歴書				参考様式 2
6	運営規程・契約書・重要事項説明書				
7	苦情処理の概要書				参考様式 7
8	勤務形態一覧表（資格者証を含む）				参考様式 1
9	直近の決算書				
10	土地・建物登記簿謄本・賃貸借契約書等				
11	地域密着型介護サービス費体制状況				別紙 1-3
12	誓約書・役員名簿				参考様式 9-2
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し				
14	従業者雇用契約書等				
15	損害賠償保険の保険証書の写し				
16	法人市民税の納税証明書				
17	建築確認済証・消防検査済証				
18	運営推進会議の構成員一覧表				参考様式 11
19	非常災害に関する具体的計画書				
20	サービス提供実施単位一覧表				参考様式 8

備考 略

地域密着型通所介護事業者指定更新申請に係る添付書類作成の留意事項

○書類の作成に当たっては、次表の事項に留意して作成してください。

○指定申請の際に、既に本市へ提出済の添付書類で、内容に変更がない場合は提出を省略することができます。

	書類	留意事項
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等	○地域密着型通所介護を実施する旨の記載のある定款を添付してください。 ※記載例① 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業 ※記載例② 介護保険法に基づく地域密着型通所介護事業 ○法人登記事項証明書の原本を添付してください。
2	建物外観・内装写真	○建物の外観、各部屋、設備の様子が分かる写真を添付してください。 ※食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備、その他必要な設備及び備品等 ※A4用紙で作成し、各写真に説明を記載してください。
3	位置図・配置図・立面図 平面図・公図	○地図上で事業所の位置が示された位置図を添付してください。 【平面図について】 ○各室の用途及び有効面積（内法）を記載した図を添付してください。 ○当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示した図としてください。 【公図について】 ○登記所（法務局、支所等）で取得した公図を添付してください。
4	設備・備品等一覧表	○当該事業に使用する設備・備品等を記載してください。○（参考様式5）を参考としてください。
5	代表者経歴書 管理者経歴書	○住所・電話番号は自宅のものを記載してください。 ○当該事業以外の管理者に従事される場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張してその全てを記載してください。 ○資格要件を満たしていることが分かるように職歴等を記載してください。 ○（参考様式2-1）及び（参考様式2-2）を参考としてください。
6	運営規定・契約書・重要事項説明書	○必要的記載事項である下記の項目が網羅された運営規定を添付してください。 (1)事業の目的及び運営の方針 (2)従業者の職種、員数及び職務の内容 (3)営業日及び営業時間 (4)指定地域密着型通所介護の利用定員 (5)指定地域密着型通所介護の内容及び利用料その他の費用の額 (6)通常の事業の実施地域 (7)サービス利用に当たっての留意事項 (8)緊急時等における対応方法 (9)非常災害対策 (10)その他運営に関する重要事項 ○現に使用されている契約書・重要事項説明書を提出してください。
7	苦情処理の概要書	○次の事項について具体的に記載してください。 ・利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者設置 ・円滑かつ迅速に行うための処理体制・手順 ○（参考様式7）を参考としてください。
8	勤務形態一覧表	○原則、指定更新月の4週間分の勤務予定表を提出してください。 ○勤務予定表で氏名を記載した順に資格者証の写しを添付してください。 ○（参考様式1）を参考としてください。
9	直近の決算書	○直近の決算書、財産目録等を提出してください。
10	土地・建物登記簿謄本 賃貸借契約書等	○土地・建物の登記事項証明書を提出してください。 ○土地・建物が賃貸の場合は、賃貸借契約書の写しを提出してください。
11	地域密着型サービス 費体制状況	○介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3）を提出してください。

12	誓約書・役員名簿	<p>○（参考様式 9-1）介護保険法第 78 条の 2 第 4 項各号の規定に該当しない旨の誓約書を提出してください。</p> <p>○当該誓約書における「役員等名簿」欄には、申請法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有するものであるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記名・押印してください。</p>
13	秘密保持に係る就業規則又は誓約書等の写し	○従業者の秘密保持について規定された就業規則又は秘密保持について労使間で取交わされた誓約書等の写しを提出してください。
14	従業者雇用契約書等	○雇用契約書、労働条件通知書等の従業者と法人との間で雇用の意思が確認できる書類の写しを添付してください。
15	損害賠償保険証書の写し	○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる損害賠償保険証の写し等を添付してください。
16	法人市民税の納税証明書	<p>○本社が市外にある場合で市内に事業所等がある場合は、大村市分の納税証明書を添付してください。</p> <p>○直近の納税証明書を添付してください。</p>
17	建築検査済証 消防検査済証	<p>【建築検査済証】</p> <p>○新築又は改築の場合は建築検査済証の写しを添付してください。</p> <p>○用途変更を行った場合で建築確認が必要な場合は建築確認済証の写しを、建築確認が不要な場合は建設部局（県央振興局等）との相談内容の記載について任意様式で提出してください。</p> <p>【消防検査済証】</p> <p>○消防法上の許可を得ていることが分かる消防用設備等検査済証等を提出してください。</p> <p>○消防用検査の必要がない場合は、防火対象物使用開始届出書等の写しを提出してください。</p>
18	運営推進会議の構成員一覧表	○指定基準上、指定にあたっては、「既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要」とされていますので、選任が確実な委員を記載してください。
19	非常災害に関する具体的計画書	○「非常災害に関する具体的計画書」とは、消防法施行規則第 3 条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいうものであること。
20	サービス提供実施単位一覧表	○参考様式 8 に沿って、曜日ごとのサービス提供単位の状況を記載してください。

8 指定内容の変更・休止・廃止届出

(1) 指定内容の変更届出について

指定内容について、事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令（介護保険法施行規則）で定める事項に変更があった場合は、その変更があった日から10日以内にその旨を本市の所定様式により届け出る必要があります。

① 変更届出事項について

各サービスの変更届出事項をP52に掲載の（別添）＜届出事項整理表＞において整理しておりますので、ご確認の上、変更があった日の10日以内の遺漏なく届出ていただきますようお願いいたします。

② 提出書類について

変更届出書（様式第2号）と併せて届出事項によって必要な添付書類を提出してください。

なお、添付書類については、P53からP54に掲載の（別添）＜添付書類整理表＞において整理しておりますので、ご確認の上、届出ていただきますようお願いいたします。

③ 留意事項について

以下の事項については十分にご留意ください。

- 事業所移転に伴う変更届出は変更前に大村市長寿介護課にご相談ください。
移転先の建物が設備基準に合致するか等について事前に確認させていただくためです。
- 運営規定の内容のうち、人員基準を満たした上での「従業者の職種、員数及び職務内容」の変更については、1年のうち一定の時期（年度初めの4月など）に行うことで構いませんが、人員基準上で資格保有が義務付けられている計画作成担当者、看護職員、生活相談員等々の職種については、変更がある都度届出てください。
- 定員変更を検討される事業者は、変更される前にご連絡をお願いします。
定員変更に伴う人員基準・設備基準要件を事前に確認させていただくためです。

(2) 再開・休止・廃止（辞退）届出について

事業所が当該事業を廃止・休止しようとするときは、その廃止・休止する日の1月前までに、廃止・休止しようとする年月日、廃止・休止の理由、現にサービスを受けている者に対する措置などを届け出る必要があります。

なお、事業所の廃止・休止時に、現在のサービス利用者が継続してサービスの提供を希望する場合には、必要なサービスが継続的に提供されるように、関係機関などとの連絡調整その他便宜の提供を行わなければなりません。

また、休止中の事業所を再開した場合には、再開した日から10日以内に再開の届出書を提出する必要があります。

(3) 様式等の掲載箇所

（大村市ホームページ）

- ホーム > 健康・福祉・子育て > 年金・保険 > 介護保険 > サービス事業所に関する情報 > 地域密着型サービス事業者の変更届出
URL: <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/hennkoutodoke.html>
- ホーム > 健康・福祉・子育て > 年金・保険 > 介護保険 > サービス事業所に関する情報 > 地域密着型サービス事業者の廃止・休止・再開届出
URL: <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/haisikyuuusisaikai.html>

【注意】

変更届出様式については今年度、若干の体裁整理を行っておりますので、改めて上記URLから様式をダウンロードしていただきますようお願いいたします。

変 更 届 出 書

年 月 日

大 村 市 長 様

所在地
届出者 法人名 印
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。

指定内容を変更した事業所（施設）		介護保険事業所番号												
		名 称												
		所在地												
		連絡先		電話番号										
FAX 番号														
サービスの種類														
変更があった事項		変 更 の 内 容												
1	事業所・施設の名称	（変更前）												
2	事業所・施設の所在地													
3	申請者の名称													
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	定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等													
7	事業所・施設の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要													
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴													
9	運営規程													
10	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（歯科医療機関を含む。）	（変更後）												
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制の概要													
12	地域密着型介護（予防）サービス費の請求に関する事項													
13	役員の氏名、生年月日及び住所													
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号													
15	本体施設の概要並びに施設と本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動時間													
16	併設施設の状況等													
17	その他の変更事項													
変 更 年 月 日		年 月 日												

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

＜届出事項整理表＞

(※○→変更届出が必要、×→変更届出が不要)

番号	変更事項	夜間対応型訪問介護	(介護予防) 認知症対応型通所介護	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	地域密着型介護老人福祉施設	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	看護小規模多機能型居宅介護	地域密着型通所介護
1	事業所・施設の名称	○	○	○	○	○	○	○	○
2	事業所・施設の所在地	○	○	○	○	○	○	○	○
3	申請者の名称	○	○	○	○	○	○	○	○
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	定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等	○	○	○	○	○	○	○	○
7	事業所・施設の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要	○	○	○	○	○	○	○	○
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	○	○	○	○	○	○	○	○
9	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○
10	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（歯科医療機関を含む。）	×	×	○	○	○	×	○	×
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制の概要	×	×	○	○	×	○	○	×
12	地域密着型介護（予防）サービス費の請求に関する事項	○	○	○	○	○	○	○	○
13	役員の氏名、生年月日及び住所	○	○	○	○	○	○	○	○
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	×	×	○	○	○	×	○	×
15	本体施設の概要並びに施設と本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動時間	×	×	×	×	○	×	×	×
16	併設施設の状況等	×	×	×	×	○	×	×	×

＜添付書類整理表＞

※1 届出の際には、変更届出書に下記の書類を添付してください。

※2 場合によっては、下記以外に追加書類をお願いすることがあります。

	変更事項	添付書類	備考
1	事業所・施設の名称	・新旧の運営規定	
2	事業所・施設の所在地	・新旧の運営規定 ・移転先の建物平面図、建物外観・内装写真 ・土地・建物登記事項証明書 ・賃貸の場合は賃貸借契約書等の写し ・建築基準法及び消防法に基づく検査済証等の写し ・電話番号、FAX番号が変わった場合は、変更届出書に記載	※事業所移転を検討される事業者は、移転される前にご連絡をお願いします。事前に設備基準を確認するためにです。
3	申請者の名称	・定款 ・法人登記事項証明書 ・電話番号、FAX番号が変わった場合は、変更届出書に記載	
4	主たる事務所の所在地	・定款 ・法人登記事項証明書 ・電話番号、FAX番号が変わった場合は、変更届出書に記載	
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	・代表者経歴書（参考様式2-1） ・必要な研修修了証の写し ・法人登記事項証明書 ・誓約書（参考様式9-1又は参考様式9-2）	
6	定款・寄付行為等及びその登録事項証明書又は条例等	・定款・寄付行為 ・法人登記事項証明書・条例等	
7	事業所・施設の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要	・新旧事業所の平面図 ・建物外観・内装写真 ・設備・備品等に係る一覧表（参考様式5）	
8	事業所・施設の管理者氏名、生年月日、住所及び経歴	・管理者経歴書（参考様式2-2） ・必要な研修修了証の写し ・勤務形態一覧表	※勤務形態一覧表は、変更前と変更後の2部提出すること。
9	運営規定	・新旧の運営規定 ・勤務形態一覧表（従業者職種・員数の場合）	※運営規定の内容のうち、 <u>人員基準を満たした上での「従業者の職種、員数及び職務内容」の変更については、1年のうち一定の時期に行うことで構わないが、人員基準上で資格保有が義務付けられている計画作成担当者、看護職員、生活相談員等の職種については、資格確認をさせていただくため、変更がある都度届け出ること。</u> ※定員変更を検討される事業者は、 <u>変更される前にご連絡をお願いします。</u> <u>事前に設備基準等の要件を確認するためです。</u>

10	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（歯科協力機関を含む。）	・協力医療機関との協定書又は契約書の写し	
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制の概要	・変更があった連携体制及び支援体制について具体的に記載した書類を任意様式で添付してください。	※定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所においては、連携する訪問看護事業所の名称及び所在地の変更があった場合に届出が必要である。
12	地域密着型介護（予防）サービス費の請求に関する事項	・省略	・この届出事項は介護給付費算定届出を行うことのみで構わない。
13	役員の氏名、生年月日及び住所	・誓約書（参考様式9-1又は参考様式9-2）	・役員名簿（役員名簿は新役員のみ記載。）
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	・介護支援専門員経歴書（参考様式2-3） ・介護支援専門員証の写し ・必要な研修修了証の写し	※勤務形態一覧表は、変更前と変更後の2部提出すること。
15	本体施設の概要並びに施設と本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動時間	・変更内容分かる書類を任意様式で添付してください。	※サテライト型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所に限る。
16	併設施設の状況等	・新旧の平面図	
17	その他の変更事項	・電話番号、FAX番号が変わった場合は、変更届出書に記載	

9 介護給付費算定届出

(1) 届出書類について

介護給付費算定に係る体制（加算・減算体制）に変更があった場合には、本市へ次の①から③までの書類を届け出る必要があります。また、加算の要件を満たさなくなった状況が生じた場合又は要件を満たさなくなることが明らかな場合についても、速やかに届出が必要です。

なお、次の③の書類については、P57からP60に掲載の〈算定届出添付書類確認表〉をご確認いただきますようお願いいたします。

- ① 介護給付費算定に係る体制等に関する進達書（別紙3-2）
- ② 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3）
- ③ 新たに算定しようとする加算に応じた必要添付書類

【注意】

法令の経過措置により、他市町村（保険者）から地域密着型サービスとしての「みなし指定」を受けている事業者は、当該他市町村にも届出が必要です。ご注意ください。

(2) 算定開始時期について

サービスによって算定開始時期が異なりますのでご注意ください。

- ① 夜間対応型訪問介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護及び地域密着型通所介護については次のとおりです。

○毎月15日以前の届出→翌月から算定
○毎月16日以降の届出→翌々月から算定

- ② （介護予防）認知症対応型共同生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護については、次のとおりです。

○届出日が属する月の翌月から算定
（届出が受理された日が月の初日であった場合は当該月から算定）

(3) 様式の掲載箇所について

（大村市ホームページ）

ホーム > 健康・福祉・子育て > 年金・保険 > 介護保険 > サービス事業所に関する情報 > 介護報酬 > 介護給付費算定に係る体制などに関する届出

URL: <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/kaigohosyu/kaigokyuufuhisanntei.html>

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書
＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜介護予防支援事業者用＞

平成 年 月 日

長崎県知事 殿

大村市長

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

届出者	フリガナ 名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市						
	連絡先	(ビルの名称等)						
	法人である場合その種別	電話番号		法人所轄庁	FAX番号			
	代表者の職・氏名	職名		氏名				
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市						
事業所の状況	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	管理者の氏名							
管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市							
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	市町村が定める単位の有無(市町村記載)	
	夜間対応型訪問介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	地域密着型通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	療養通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	認知症対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	地域密着型特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	複合型サービス			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	介護予防認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	介護予防小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
介護予防認知症対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無		
介護予防介護支援			1新規 2変更 3終了			1有 2無		
地域密着型サービス事業所番号等								
指定を受けている市町村								
介護保険事業所番号	(指定を受けている場合)							
既に指定等を受けている事業								
医療機関コード等								
特記事項	変更前				変更後			
関係書類	別添のとおり							

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

※一部抜粋掲載
(別紙1-3)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス)

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等							割引	
各サービス共通			地域区分	1 1級地 4 6級地	2 2級地 9 7級地	3 3級地 5 その他	4 4級地	5 5級地			
76 定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	1 一体型 2 連携型		特別地域加算	1 なし	2 あり					1 なし 2 あり	
			中山間地域等における小規模事業所 加算(地域に関する状況)	1 非該当	2 該当						
			中山間地域等における小規模事業所 加算(規模に関する状況)	1 非該当	2 該当						
			緊急時訪問看護加算	1 なし	2 あり						
			特別管理体制	1 対応不可	2 対応可						
			ターミナルケア体制	1 なし	2 あり						
			総合マネジメント体制強化加算	1 なし	2 あり						
			サービス提供体制強化加算	1 なし	5 加算Ⅰイ	2 加算Ⅰロ	3 加算Ⅱ	4 加算Ⅲ			
			介護職員処遇改善加算	1 なし	6 加算Ⅰ	5 加算Ⅱ	2 加算Ⅲ	3 加算Ⅳ	4 加算Ⅴ		
71 夜間対応型訪問介護	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型		24時間通報対応加算	1 対応不可	2 対応可					1 なし 2 あり	
			サービス提供体制強化加算	1 なし	4 加算Ⅰイ	2 加算Ⅰロ	5 加算Ⅱイ	3 加算Ⅱロ			
			介護職員処遇改善加算	1 なし	6 加算Ⅰ	5 加算Ⅱ	2 加算Ⅲ	3 加算Ⅳ	4 加算Ⅴ		
78 地域密着型通所介護	1 地域密着型通所介護事業所 2 療養通所介護事業所		職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 介護職員	3 介護職員				1 なし 2 あり	
			時間延長サービス体制	1 対応不可	2 対応可						
			入浴介助体制	1 なし	2 あり						
			中重度者ケア体制加算	1 なし	2 あり						
			個別機能訓練体制	1 なし	3 加算Ⅰ	4 加算Ⅱ					
			認知症加算	1 なし	2 あり						
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり						
			栄養改善体制	1 なし	2 あり						
			口腔機能向上体制	1 なし	2 あり						
			個別送迎体制強化加算	1 なし	2 あり						
			入浴介助体制強化加算	1 なし	2 あり						
			サービス提供体制強化加算	1 なし	5 加算Ⅰイ	2 加算Ⅰロ	3 加算Ⅱ	4 加算Ⅲ			
介護職員処遇改善加算	1 なし	6 加算Ⅰ	5 加算Ⅱ	2 加算Ⅲ	3 加算Ⅳ	4 加算Ⅴ					
72 認知症対応型通所介護	1 単独型 2 併設型 3 グループホーム等活用型		職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員	3 介護職員				1 なし 2 あり	
			時間延長サービス体制	1 対応不可	2 対応可						
			入浴介助体制	1 なし	2 あり						
			個別機能訓練体制	1 なし	2 あり						
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり						
			栄養改善体制	1 なし	2 あり						
			口腔機能向上体制	1 なし	2 あり						
			サービス提供体制強化加算	1 なし	4 加算Ⅰイ	2 加算Ⅰロ	3 加算Ⅱ				
			介護職員処遇改善加算	1 なし	6 加算Ⅰ	5 加算Ⅱ	2 加算Ⅲ	3 加算Ⅳ	4 加算Ⅴ		

<算定届出添付書類確認表>

サービス種別	加算項目	算定根拠書類
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	緊急時訪問看護加算	<input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書[別紙8-1] <input type="checkbox"/> 緊急時訪問する旨の利用者同意書の様式
	特別管理体制	<input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書[別紙8-1]
	ターミナルケア体制	
	総合マネジメント体制強化加算	<input type="checkbox"/> 算定基準に該当することが分かる確認書類 (情報提供に活用するパンフレット等)
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ及び(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-12] <input type="checkbox"/> 従業者ごとの研修計画 <input type="checkbox"/> 利用者に関する情報伝達会議の記録様式又は従業者技術指導会議の記録様式 <input type="checkbox"/> 健康診断計画書 <input type="checkbox"/> 介護福祉士資格又は実務者研修修了証又は介護職員基礎研修課程修了証の写し <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)及び(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-12] <input type="checkbox"/> 従業者ごとの研修計画 <input type="checkbox"/> 利用者に関する情報伝達会議の記録様式又は従業者技術指導会議の記録様式 <input type="checkbox"/> 健康診断計画書 <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善計画書等(※別途、算定月の前々月の末日までに提出すること。)	
夜間対応型訪問介護	24時間通報対応加算	<input type="checkbox"/> 連絡をとる指定訪問介護事業所との連絡体制を証する書類(契約書等) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 当該従業者の資格証等の写し
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅱ)イ及び(Ⅱ)ロ	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-8] <input type="checkbox"/> 従業者ごとの研修計画 <input type="checkbox"/> 利用者に関する情報伝達会議の記録様式又は従業者技術指導会議の記録様式 <input type="checkbox"/> 健康診断計画書 <input type="checkbox"/> 介護福祉士資格又は実務者研修修了証又は介護職員基礎研修課程修了証の写し <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善計画書等(※別途、算定月の前々月の末日までに提出すること。)
認知症対応型通所介護	時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 運営規定
	入浴介助体制	<input type="checkbox"/> 平面図及び写真
	個別機能訓練体制	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員の資格証(写)
	若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 不要
	栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 管理栄養士の資格証(写)
	口腔機能向上体制	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士又は歯科衛生士又は看護職員の資格証の(写)
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ及び(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-9] <input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格証(写) <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)及び(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-9] <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善計画書等(※別途、算定月の前々月の末日までに提出すること。)

小規模多機能型居宅介護	看護職員配置加算(Ⅰ)、(Ⅱ)及び(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 該当看護職員の資格者証等の写し
	看取り連携体制加算	<input type="checkbox"/> 看護師の資格証(写) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 看取り期における対応指針 <input type="checkbox"/> 上記の指針に基づき、本加算の算定に必要な同意書等の様式
	訪問体制強化加算	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	総合マネジメント体制強化加算	<input type="checkbox"/> 算定基準に該当することが分かる確認書類 (利用者が地域の行事や活動等に積極的に参加していることが確認できる書類等)
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ及び(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-10] <input type="checkbox"/> 従業者ごとの研修計画 <input type="checkbox"/> 利用者に関する情報伝達会議の記録様式又は従業者技術指導会議の記録様式 <input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格証(写) <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)及び(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-10] <input type="checkbox"/> 従業者ごとの研修計画 <input type="checkbox"/> 利用者に関する情報伝達会議の記録様式又は従業者技術指導会議の記録様式 <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善計画書等(※別途、算定月の前々月の末日までに提出すること。)	
認知症対応型共同生活介護	夜間支援体制加算	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 不要
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 看取りに関する指針 <input type="checkbox"/> 上記の指針に基づき、本加算の算定に必要な同意書等の様式 <input type="checkbox"/> 看取りに関する職員研修の実施記録
	医療連携体制 (職員配置の場合)	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 該当従業者の資格者証等の写し <input type="checkbox"/> 重度化した場合における対応に係る指針 <input type="checkbox"/> 上記の指針に基づき、本加算の算定に必要な同意書等の様式
	医療連携体制 (訪問看護ステーション等との連携の場合)	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション等との契約書等の写し <input type="checkbox"/> 重度化した場合における対応に係る指針 <input type="checkbox"/> 上記の指針に基づき、本加算の算定に必要な同意書等の様式
	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践リーダー研修了証(写) <input type="checkbox"/> 情報伝達会議等の記録様式
	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践リーダー研修了証(写) <input type="checkbox"/> 情報伝達会議等の記録様式 <input type="checkbox"/> 従業者ごとの認知症ケアに関する研修計画 <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者研修了証(写)
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ及び(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-11] <input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格者証(写) <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)及び(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-11] <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善計画書等(※別途、算定月の前々月の末日までに提出すること。)

看護小規模多機能型居宅介護	訪問看護体制減算	<input type="checkbox"/> 訪問看護体制に係る届出書[別紙8-3]
	緊急時訪問看護加算	<input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書[別紙8-1] <input type="checkbox"/> 緊急時訪問する旨の利用者同意書の様式(任意)
	特別管理体制	<input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書[別紙8-1]
	ターミナルケア体制	
	訪問看護体制強化加算	<input type="checkbox"/> 訪問看護体制に係る届出書[別紙8-3]
	総合マネジメント体制強化加算	<input type="checkbox"/> 算定基準に該当することが分かる確認書類 (情報提供に活用するパンフレット・利用者が地域の行事や活動等に積極的に参加していることが確認できる書類等々)
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ及び(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-13] <input type="checkbox"/> 従業者ごとの研修計画 <input type="checkbox"/> 利用者に関する情報伝達会議の記録様式又は従業者技術指導会議の記録様式 <input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格証(写) <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)及び(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書[別紙12-13] <input type="checkbox"/> 従業者ごとの研修計画 <input type="checkbox"/> 利用者に関する情報伝達会議の記録様式又は従業者技術指導会議の記録様式 <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表	
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善計画書等(※別途、算定月の前々月の末日までに提出すること。)	
地域密着型通所介護	時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 運営規定
	入浴介助体制	<input type="checkbox"/> 平面図及び写真
	中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	個別機能訓練体制加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
		<input type="checkbox"/> 機能訓練指導員の資格証(写)
	認知症加算	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 不要
	栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
		<input type="checkbox"/> 管理栄養士の資格証(写)
	口腔機能向上体制	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士又は歯科衛生士又は看護職員の資格証の(写)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ及び(Ⅰ)ロ	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙12-4) <input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格者証(写) <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙12-4) <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表	
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善計画書等(※別途、算定月の前々月の末日までに提出すること。)	

地域密着型介護老人福祉施設 入居者生活介護	夜間勤務条件基準	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	ユニットケア体制	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> ユニットリーダー研修修了証の写し(原本証明) <input type="checkbox"/> 平面図(共同生活室を明示したもの) <input type="checkbox"/> カラー写真(プライバシーに配慮した個室的なしつらえになっていることが分かるもの。)
	日常生活継続支援加算	<input type="checkbox"/> 別紙12-6 <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表(全職員は算定月、介護職員分は届出日の属する月の前3ヶ月分) <input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格証明書の写し(原本証明) ※この加算を算定するとサービス提供体制強化加算が算定できなくなります。
	看護体制加算	<input type="checkbox"/> 別紙9-3 <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 看護師の免許証の写し(原本証明) <input type="checkbox"/> 連絡体制が連携の場合は、連携先との契約書の写し(原本証明)
	夜勤職員配置加算	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	準ユニットケア体制	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表(算定月) <input type="checkbox"/> 平面図(共同生活室を明示したもの) <input type="checkbox"/> カラー写真(プライバシーに配慮した個室的なしつらえになっていることが分かるもの。)
	個別機能訓練体制	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員の資格証写し(原本証明) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練計画書様式 <input type="checkbox"/> 個別機能訓練計画内容の記録簿の写し
	若年性認知症入所者受入加算	※認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定できません。
	常勤専従医師配置	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 医師免許証の写し(原本証明)
	精神科医師定期的療養指導	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 医師免許証の写し(原本証明) <input type="checkbox"/> 精神科を担当できる書類(精神保健指定医の指定証、履歴書等) <input type="checkbox"/> 病院等との契約書の写し(原本証明)
	障害者生活支援体制	<input type="checkbox"/> 担当者の資格証の写し(原本証明) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
	身体拘束廃止取組の有無	<input type="checkbox"/> 記録書等の書式
	栄養マネジメント体制	<input type="checkbox"/> 別紙11 <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 管理栄養士資格証の写し(原本証明)
	療養食加算	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 献立表 <input type="checkbox"/> 管理栄養士又は栄養士の資格証の写し(原本証明)
	看取り介護体制	<input type="checkbox"/> 別紙9-4 <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 看護師の免許証写し(原本証明) <input type="checkbox"/> 平面図(看取りのための個室の確認) <input type="checkbox"/> 看取りに関する指針 <input type="checkbox"/> 看取りに関する研修記録
	在宅・入所相互利用体制	<input type="checkbox"/> 平面図(利用する個室の確認) <input type="checkbox"/> 計画書の様式 <input type="checkbox"/> 記録書の様式
	小規模拠点集集体制	<input type="checkbox"/> 平面図(居室単位が分かるもの)
	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 研修修了証の写し(原本証明)、研修計画・会議録 ※認知症介護実践リーダー研修・認知症介護指導者研修の修了証
	サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙12-6) <input type="checkbox"/> 介護福祉士の資格者証(写) <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する確認書(参考様式付表12-7) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表
介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善計画書等(※別途、算定月の前々月の末日までに提出すること。)	

緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書

事業所名		異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設等の区分	1 (介護予防)訪問看護事業所(訪問看護ステーション) 2 (介護予防)訪問看護事業所(病院又は診療所) 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 4 看護小規模多機能型居宅介護事業所		
届出項目	1 緊急時訪問看護加算 2 特別管理加算に係る体制 3 ターミナルケア体制		

1 緊急時訪問看護加算に係る届出内容

① 連絡相談を担当する職員()人

保健師	人	常勤	人	非常勤	人
看護師	人	常勤	人	非常勤	人

② 連絡方法

③ 連絡先電話番号

1	()	4	()
2	()	5	()
3	()	6	()

2 特別管理加算に係る体制の届出内容 ① 24時間常時連絡できる体制を整備している。 ② 当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。 ③ 病状の変化、医療器具に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。	有・無 有・無 有・無
---	-------------------

3 ターミナルケア体制に係る届出内容 ① 24時間常時連絡できる体制を整備している。 ② ターミナルケアの提供過程における利用者の心身状況の変化及びこれに対する看護の内容等必要な事項が適切に記録される体制を整備している。	有・無 有・無
--	------------

備考 緊急時の訪問看護、特別管理、ターミナルケアのそれぞれについて、体制を敷いている場合について提出してください。

訪問看護体制に係る届出書（看護小規模多機能型居宅介護事業所）

事業所名		異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 訪問看護体制強化加算	2 訪問看護体制減算	

○ 訪問看護体制強化加算に係る届出内容

1 看護サービスの提供状況	①	前3か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める②の割合が80%以上	有・無
	②	①のうち主治の医師の指示に基づき看護サービスを提供した実利用者数	人		
2 緊急時訪問看護加算の算定状況	①	前3か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める②の割合が50%以上	有・無
	②	①のうち緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数	人		
3 特別管理加算の算定状況	①	前3か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める②の割合が20%以上	有・無
	②	①のうち特別管理加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した実利用者数	人		

○ 訪問看護体制減算に係る届出内容

1 看護サービスの提供状況	①	前3か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める②の割合が30%未満	有・無
	②	①のうち主治の医師の指示に基づき看護サービスを提供した実利用者数	人		
2 緊急時訪問看護加算の算定状況	①	前3か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める②の割合が30%未満	有・無
	②	①のうち緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数	人		
3 特別管理加算の算定状況	①	前3か月間の実利用者の総数	人	→ ①に占める②の割合が5%未満	有・無
	②	①のうち特別管理加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した実利用者数	人		

看護体制加算に係る届出書

事業所名			
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了
施設種別	1 介護老人福祉施設	2 地域密着型介護老人福祉施設	
届出項目	1 看護体制加算(Ⅰ)イ	2 看護体制加算(Ⅰ)ロ	
	3 看護体制加算(Ⅱ)イ	4 看護体制加算(Ⅱ)ロ	

看護体制加算に関する届出内容

定員及び入所者の状況

定員	人	入所者数	人
----	---	------	---

看護職員の状況

保健師	常勤	人	常勤換算	人
看護師	常勤	人	常勤換算	人
准看護師	常勤	人	常勤換算	人

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

24時間常時連絡できる体制を整備している。

有・無

看取り介護体制に係る届出書

事業所名		
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了	
施設種別	1 介護老人福祉施設	2 地域密着型介護老人福祉施設

看取り介護体制に関する届出内容

看護職員の状況

看護師	常勤	人
-----	----	---

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得る体制を整備している。	有・無
③ 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の人による協議の上、施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行う体制を整備している。	有・無
④ 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。	有・無
⑤ 看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる体制を整備している。	有・無

栄養マネジメントに関する届出書

1 事業所名																								
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了																							
3 施設種別	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 地域密着型介護老人福祉施設																							
4 栄養マネジメントの状況	<table border="1" data-bbox="456 640 1166 707"> <tr> <td>常勤の管理栄養士</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>栄養マネジメントに関わる者</p> <table border="1" data-bbox="456 797 1166 1494"> <thead> <tr> <th>職 種</th> <th>氏 名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>医 師</td><td></td></tr> <tr><td>歯科医師</td><td></td></tr> <tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr> <tr><td>看 護 師</td><td></td></tr> <tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		常勤の管理栄養士	人	職 種	氏 名	医 師		歯科医師		管 理 栄 養 士		看 護 師		介護支援専門員									
常勤の管理栄養士	人																							
職 種	氏 名																							
医 師																								
歯科医師																								
管 理 栄 養 士																								
看 護 師																								
介護支援専門員																								

※ 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(地域密着型通所介護事業所・療養通所介護事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 地域密着型通所介護 2 療養通所介護
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 2 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 3 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 4 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

5 介護福祉士等の状況	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	有・無
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
→ ①に占める②の割合が50%以上			有・無
→ ①に占める②の割合が40%以上			有・無

6 勤続年数の状況	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算及び日常生活継続支援加算に関する届出書
 ((介護予防)短期入所生活介護事業所・介護老人福祉施設・地域密着型
 介護老人福祉施設)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 (介護予防)短期入所生活介護(単独型) 2 (介護予防)短期入所生活介護(併設型) 3 (介護予防)短期入所生活介護(空床利用型) 4 介護老人福祉施設 5 地域密着型介護老人福祉施設
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I)イ 2 サービス提供体制強化加算(I)ロ 3 サービス提供体制強化加算(II) 4 サービス提供体制強化加算(III) 5 日常生活継続支援加算

○ サービス提供体制強化加算に係る届出内容

5 介護福祉士等の状況	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人		有・無
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		
→ ①に占める②の割合が60%以上				
→ ①に占める②の割合が50%以上				
6 常勤職員の状況	① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める② の割合が 75%以上	有・無
	② ①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)	人		
7 勤続年数の状況	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める② の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

※（別紙12-6）の続き

○ 日常生活継続支援加算に係る届出内容

8 入所者の状況及び介護福祉士の状況 ※介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設のみ	入所者の状況 （下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合は⑤を必ず記載すること。）				
	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総数	人		
	②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数	人	→ ①に占める②の割合が70%以上	有・無
	③	①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	人	→ ①に占める③の割合が65%以上	有・無
	④	入所者総数	人		
	⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数	人	→ ④に占める⑤の割合が15%以上	有・無
	介護福祉士の割合				
介護福祉士数	常勤換算	人	→ 介護福祉士数：入所者数が1：6以上	有・無	

備考1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

備考2 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設と（介護予防）短期入所生活介護において、別の加算を取得する場合は、別に本届出書を提出してください。空床利用型の（介護予防）短期入所生活介護について届け出る場合は、本体施設である介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設における状況を記載してください。

備考3 ①で前6月（前12月）の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月（前12月）の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書（夜間対応型訪問介護事業所）

1 事業所名														
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了													
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I)イ 2 サービス提供体制強化加算(I)ロ 3 サービス提供体制強化加算(II)													
4 研修等に関する状況	<p>① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。</p> <p>② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に行うこと。</p> <p>③ 健康診断等を定期的に行うこと。</p>	<p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p>												
5 介護福祉士等の状況	<p>下表の①については、必ず記載すること。②・③については、いずれかに記載すること。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">①</td> <td style="width: 65%;">訪問介護員等の総数（常勤換算）</td> <td style="width: 10%;">人</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）</td> <td>人</td> <td>→ ①に占める②の割合が40%以上又は30%以上</td> </tr> </table> <p>又は</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">③</td> <td style="width: 65%;">①のうち介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の総数（常勤換算）</td> <td style="width: 10%;">人</td> <td style="width: 20%;">→ ①に占める③の割合が60%以上又は50%以上</td> </tr> </table>	①	訪問介護員等の総数（常勤換算）	人		②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が40%以上又は30%以上	③	①のうち介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める③の割合が60%以上又は50%以上	<p>有・無</p> <p>有・無</p>
①	訪問介護員等の総数（常勤換算）	人												
②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が40%以上又は30%以上											
③	①のうち介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める③の割合が60%以上又は50%以上											

備考1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

備考2 平成25年4月以降は、「介護職員基礎研修課程修了者」とあるのは「旧介護職員基礎研修課程修了者」と読み替える。

サービス提供体制強化加算に関する届出書 ((介護予防) 認知症対応型通所介護事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I)イ 2 サービス提供体制強化加算(I)ロ 3 サービス提供体制強化加算(II)

4 介護福祉士等の状況	①	介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
	→ ①に占める②の割合が50%以上			有・無
→ ①に占める②の割合が40%以上			有・無	
5 勤続年数の状況	①	サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人	
	→ ①に占める②の割合が30%以上			有・無

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所

1 事業所名			
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了		
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I)イ 3 サービス提供体制強化加算(II)	2 サービス提供体制強化加算(I)ロ 4 サービス提供体制強化加算(III)	
4 研修等に関する状況	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。 ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。		有・無 有・無
5 介護福祉士等の状況	①	小規模多機能型居宅介護従業者（看護師又は准看護師であるものを除く）の総数（常勤換算）	人
	②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人
→ ①に占める②の割合が50%以上			有・無
→ ①に占める②の割合が40%以上			有・無
6 常勤職員の状況	①	小規模多機能型居宅介護従業者の総数（常勤換算）	人
	②	①のうち常勤の者の総数（常勤換算）	人
→ ①に占める②の割合が60%以上			有・無
7 勤続年数の状況	①	小規模多機能型居宅介護従業者の総数（常勤換算）	人
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数（常勤換算）	人
→ ①に占める②の割合が30%以上			有・無

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
 ((介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所)

1 事業所名			
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了		
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 3 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	2 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 4 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	
4 介護福祉士等の状況	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
→ ①に占める②の割合が60%以上			有・無
→ ①に占める②の割合が50%以上			有・無
5 常勤職員の状況	① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)	人	
→ ①に占める②の割合が75%以上			有・無
6 勤続年数の状況	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人	
→ ①に占める②の割合が30%以上			有・無

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所)

1 事業所名				
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了			
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 3 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	2 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 4 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		
4 研修等に関する状況	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。		有・無	
	② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。		有・無	
	③ 健康診断等を定期的実施すること。		有・無	
5 介護福祉士等の状況	① 訪問介護員等の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める②の割合が40%以上又は30%以上	有・無
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		
	又は ③ ①のうち介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の総数(常勤換算)	人		
6 常勤職員の状況	① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の総数(常勤換算)	人	→ ①に占める②の割合が60%以上	有・無
	② ①のうち常勤の者の総数(常勤換算)	人		
7 勤続年数の状況	① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の総数(常勤換算)	人	→ ①に占める②の割合が30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人		

備考1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

備考2 平成25年4月以降は、「介護職員基礎研修修了者」とあるのは「旧介護職員基礎研修修了者」と読み替える。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(看護小規模多機能型居宅介護事業所)

1 事業所名			
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了		
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 3 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	2 サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 4 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	
4 研修等に関する状況	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。 ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的開催すること。	有・無 有・無	
5 介護福祉士等の状況	① 看護小規模多機能型居宅介護従事者（保健師、看護師又は准看護師であるものを除く）の総数（常勤換算）	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	
	→ ①に占める②の割合が50%以上		有・無
	→ ①に占める②の割合が40%以上		有・無
6 常勤職員の状況	① 看護小規模多機能型居宅介護従事者の総数（常勤換算）	人	
	② ①のうち常勤の者の総数（常勤換算）	人	
	→ ①に占める②の割合が60%以上		有・無
7 勤続年数の状況	① 看護小規模多機能型居宅介護従事者の総数（常勤換算）	人	
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数（常勤換算）	人	
	→ ①に占める②の割合が30%以上		有・無

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

10 介護職員処遇改善加算

(1) 介護職員処遇改善加算の算定要件の整理

平成29年度からの臨時の報酬改定に際して、当該加算を算定するための要件が一部変更されましたので、その内容を改めてご理解ご確認いただくため、以下のとおり要件の整理をしました。

なお、以下の要件は、地域密着型サービス事業所における算定要件であって、他のサービス事業所の算定要件ではありませんのでご注意ください。

一 介護職員処遇改善加算（I）

次の①から⑧までの基準の全てに適合すること。

- ① 介護職員の賃金（退職手当を除く。）の改善に要する費用の見込額が介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
- ② 事業所において、①の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他介護職員の処遇改善の計画書等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市町村長（特別区の区長を含む。以下同じ。）に届け出ていること。
- ③ 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために介護職員の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市町村長に届け出ること。
- ④ 事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を市町村長に報告すること。
- ⑤ 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。
- ⑥ 事業所において、労働保険料の納付が適正に行われていること。
- ⑦ 次の（ア）、（イ）及び（ウ）の基準の全てに適合すること。
 - （ア） 次のA、B及びCの全てに適合すること。（キャリアパス要件I）
 - A 介護職員の任用における職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。
 - B Aに掲げる職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めていること。
 - C A及びBの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。
 - （イ） 次のA及びBの全てに適合すること。（キャリアパス要件II）
 - A 介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及び（一）又は（二）に掲げる具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
 - （一）資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF-JT等）するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。
 - （二）資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施していること。
 - B Aについて、全ての介護職員に周知していること。

- (ウ) 次のA及びBの全てに適合すること。(キャリアパス要件Ⅲ)
- A 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次の(一)から(三)までのいずれかに該当する仕組みであること。
- (一) 経験に応じて昇給する仕組み
「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。
 - (二) 資格等に応じて昇給する仕組み
「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みであること。ただし、介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。
 - (三) 一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組み
「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。
- B Aの内容について、就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、全ての介護職員に周知していること。

- ⑧ 平成27年4月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善(賃金改善に関するものを除く。)の内容及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。(職場環境等要件)

二 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

- 一 ①から⑥まで、⑦(ア)、(イ)及び⑧の基準の全てに適合すること。

三 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

次の①から③までの基準の全てに適合すること。

- ① 一 ①から⑥までの基準に適合すること。
- ② 一 ⑦(ア)又は(イ)のいずれかに適合すること。
- ③ 平成20年10月から 一 ②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容(賃金改善に関するものを除く。)及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。

四 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)

- 一 ①から⑥までに掲げる基準の全てに適合し、かつ「⑦の(ア)又は(イ)」又は「三 ③に掲げる基準」

五 介護職員処遇改善加算(Ⅴ)

- 一 ①から⑥までに掲げる基準の全てに適合すること。

(職場環境等要件)

資質の向上	<ul style="list-style-type: none">・ 働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援（研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む）・ 研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動・ 小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築・ キャリアパス要件に該当する事項（キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る）・ その他
職場環境・ 処遇の改善	<ul style="list-style-type: none">・ 新人介護職員の早期離職防止のためのエルダー・メンター（新人指導担当者）制度等導入・ 雇用管理改善のための管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実・ ICT活用（ケア内容や申し送り事項の共有（事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む）による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等）による業務省力化・ 介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入・ 子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備・ ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善・ 事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化・ 健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備・ その他
その他	<ul style="list-style-type: none">・ 介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化・ 中途採用者（他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等）に特化した人事制度の確立（勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等）・ 障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮・ 地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上・ 非正規職員から正規職員への転換・ 職員の増員による業務負担の軽減・ その他

(2) 介護職員処遇改善計画書の提出

介護職員処遇改善加算を算定しようとする介護サービス事業者は、他の加算とは異なり、年度ごとに加算を算定する前々月の末日までに、大村市に届出を行う必要があります。

(例えば、平成30年度4月から加算を算定するためには、平成30年2月末日までに大村市に届出が必要となります。)

なお、届出に必要な介護職員処遇改善計画書等は、平成29年3月9日老発0309第5号厚生労働省老健局長通知「介護職員処遇改善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の提示について」に基づき作成し、届出を行った事業者は、事業所において賃金改善を行う方法等について、介護職員処遇改善計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても職員に周知すること。

① 提出書類（サービス事業所ごとに計画書を作成・提出する場合）

- a 別紙様式2（介護職員処遇改善計画書）
- b 就業規則、給与規程、その他の規定等
- ※ { c 労働保険関係成立届、労働保険概算・確定保険証申告書等（労働保険の加入が確認できる書類）
- d 別紙3-2及び別紙1-3

② 提出書類（複数のサービス事業所の計画書を一括して作成・提出する場合）

- a 別紙様式2（介護職員処遇改善計画書）
- b 就業規則、給与規程、その他の規定等
- ※ { c 労働保険関係成立届、労働保険概算・確定保険証申告書等（労働保険の加入が確認できる書類）
- d 別紙3-2及び別紙1-3
- e 別紙様式2（添付書類1）
- f 別紙様式2（添付書類2）
- g 別紙様式2（添付書類3）

※ b及びcの書類については、既に本市に提出済みであって、書類の内容に変更がない場合は、提出を省略することができます。

※ dの書類については、加算区分が変更（平成29年度 加算Ⅱ→平成30年度 加算Ⅰなど）する場合に、提出する必要があり、加算の区分に変更がない場合は、提出不要です。

【その他の注意事項】

法令の経過措置により、他市町村（保険者）から地域密着型サービスとしての「みなし指定」を受けている事業者は、当該他市町村にも計画書の提出が必要ですのでご注意ください。

③ 通知・様式の掲載箇所 （大村市ホームページ）

ホーム > 健康・福祉・子育て > 年金・保険 > 介護保険 > サービス事業所に関する情報 > 介護報酬 > 介護職員処遇改善加算に関する届出

URL: <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/kaigohosyu/syoguukaizennkasann.html>

別紙様式 2

介護職員処遇改善計画書(平成 年度届出用)

大村市長様
事業所等情報

介護保険事業所番号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業者・開設者	フリガナ 名 称									
主たる事務所の 所在地	〒	都・道 府・県								
	電話番号				FAX 番号					
事業所等の名称	フリガナ 名 称						提供する サービス			
事業所の所在地	〒	都・道 府・県								
	電話番号				FAX 番号					

※事業所等情報については、複数の事業所ごと一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載すること。

(1) 賃金改善計画について(本計画に記載された金額については見込みの額であり、申請時以降の運営状況(利用者数等)、人員配置状況(職員数等)その他の事由により変動があり得るものである。)

①	算定する加算の区分	介護職員処遇改善加算 (I II III IV V)								
②	介護職員処遇改善加算算定対象月	平成 年 月 ~ 平成 年 月								
③	平成 年度介護職員処遇改善加算の見込額								円	
④	賃金改善の見込額(i - ii)								円	
	i) 加算の算定により賃金改善を行った場合の賃金の総額(見込額)								円	
	ii) 初めて加算を取得する(した)月の前年度の賃金の総額								円	
加算 (I) の上乗せ相当分を用いて計算する場合										
⑤	平成 年度介護職員処遇改善加算の見込額(加算(I)による算定額から加算(II)による算定額を差し引いた額)								円	
⑥	賃金改善の見込額(iii - iv)								円	
	iii) 加算(I)の算定により賃金改善を行った場合の賃金の総額(見込額)								円	
	iv) 初めて加算 (I) を取得する月の前年度の賃金の総額								円	
賃金改善の方法について										
⑦	賃金改善実施期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月								
※原則各年4月~翌年3月までの連続する期間を記入すること。なお、当該期間の月数は加算の対象月数を超えてならない。										
⑧	賃金改善を行う賃金項目及び方法(賃金改善を行う賃金項目(増額若しくは新設した又はする予定である給与の項目の種類(基本給、手当、賞与等)等)、賃金改善の実施時期や対象職員、一人当たりの平均賃金改善見込額について、可能な限り具体的に記載すること。)									

- ※ 加算 (I) の上乗せ相当分を用いて計算する際は、③及び④の代わりに⑤及び⑥を使用する。
- ※ ④又は⑥については、法定福利費等の賃金改善に伴う増加分も含むことができる。
- ※ ④が③以上又は⑥が⑤以上でなければならないこと。
- ※ ④ ii)、⑥ iv) の計算に際しては、賃金改善実施期間の職員の人数と合わせた上で算出すること。すなわち、比較時点から賃金改善実施期間の始点までに職員が増加した場合、当該職員と同等の勤続年数の職員が比較時点にもいたと仮定して、賃金総額に上乗せする必要があることに留意すること。
- ※ 複数の介護サービス事業所等について一括して提出する場合、以下の添付書類についても作成すること。
 - ・添付書類 1 : 都道府県等の圏域内の、当該計画書に記載された計画の対象となる介護サービス事業所等の一覧表(指定権者毎)
 - ・添付書類 2 : 各都道府県内の指定権者(当該都道府県を含む。)の一覧表(都道府県毎)
 - ・添付書類 3 : 計画書に記載された計画の対象となる介護サービス事業者等に係る都道府県の一覧表

(2) キャリアパス要件について

次の内容についてあてはまるものに○をつけること。		
要件Ⅰ	次の①から③までのすべての要件を満たす。 ① 職員の職位、職責又は職務内容等に応じた任用等の要件を定めている。 ② 職位、職責又は職務内容等に応じた賃金体系について定めている。 ③ 就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての介護職員に周知している。	
	※ 非該当の場合、①から③までの要件を全て満たすことのできない理由	
次の④及び⑤の要件を満たす。		
要件Ⅱ	④ 介護職員との意見交換を踏まえた資質向上のための目標	
	⑤ ④の実現のための具体的な取り組みの内容 (該当するもの全てに○をつけること。)	ア 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施するとともに、介護職員の能力評価を行う。※当該取組の内容について下記に記載すること () イ 資格取得のための支援の実施 ※当該取組の内容について下記に記載すること ()
次の⑥及び⑦の要件を満たす。		
要件Ⅲ	⑥ 介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けている。	
	⑦ ⑥に該当する具体的な仕組みの内容 (該当するもの全てに○をつけること。)	ア 経験に応じて昇給する仕組み ※「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みを指す。 イ 資格等に応じて昇給する仕組み ※「介護福祉士」や「実務者研修修了者」などの取得に応じて昇給する仕組みを指す。ただし、介護福祉士資格を有して就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。 ウ 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み ※「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みを指す。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。

※ 就業規則等（給与規程や要件Ⅰ及びⅢの適合状況を確認できる書類を就業規則と別に作成している場合はそれらの書類を含む。）を添付すること。

(3) 職場環境等要件について

(※) 太枠内に記載すること。

加算（Ⅰ・Ⅱ）については平成27年4月以降の、加算（Ⅲ・Ⅳ）については平成20年10月から現在までに実施した事項について必ず全てに○をつけること（ただし、記載するにあたっては、選択したキャリアパスに関する要件で求められている事項と重複する事項を記載しないこと。）	
資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> 働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対する喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援（研修受講時の他の介護職員の負担を軽減するための代替職員確保を含む） 研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動 小規模事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築 キャリアパス要件に該当する事項（キャリアパス要件を満たしていない介護事業者に限る） その他（)
労働環境・処遇の改善	<ul style="list-style-type: none"> 新人介護職員の早期離職防止のためのエルダー・メンター（新人指導担当者）制度等導入 雇用管理改善のための管理者の労働・安全衛生法規、休暇・休職制度に係る研修受講等による雇用管理改善対策の充実 ICT活用（ケア内容や申し送り事項の共有（事業所内に加えタブレット端末を活用し訪問先でアクセスを可能にすること等を含む）による介護職員の事務負担軽減、個々の利用者へのサービス履歴・訪問介護員の出勤情報管理によるサービス提供責任者のシフト管理に係る事務負担軽減、利用者情報蓄積による利用者個々の特性に応じたサービス提供等）による業務省力化 介護職員の腰痛対策を含む負担軽減のための介護ロボットやリフト等の介護機器等導入 子育てとの両立を目指す者のための育児休業制度等の充実、事業所内保育施設の整備 ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善 事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成による責任の所在の明確化 健康診断・こころの健康等の健康管理面の強化、職員休憩室・分煙スペース等の整備 その他（)
その他	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス情報公表制度の活用による経営・人材育成理念の見える化 中途採用者（他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等）に特化した人事制度の確立（勤務シフトの配慮、短時間正規職員制度の導入等） 障害を有する者でも働きやすい職場環境構築や勤務シフト配慮 地域の児童・生徒や住民との交流による地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上 非正規職員から正規職員への転換 職員の増員による業務負担の軽減 その他（)

※ 虚偽の記載や、介護職員処遇改善加算の請求に関して不正を行った場合には、支払われた介護給付費の返還を求められることや介護事業者の指定が取り消される場合があるので留意すること。

本計画書については、雇用するすべての介護職員に対し周知をしたうえで、提出していることを証明いたします。

平成 年 月 日 (法人名)
(代表者名)

印

別紙様式2(添付書類1)

介護職員処遇改善計画書(指定権者内事業所一覧表)

法人名	
-----	--

都道府県(市町村)名

介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名	介護職員処遇改善加算 見込額	賃金改善の見込額
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
合計	—	—	A 円	B 円

※ 計画書を届け出る指定権者(都道府県又は市区町村)毎に記載すること。
 ※ A及びBは別紙様式2添付書類2の当該指定権者における金額と一致しなければならない。

別紙様式2 (添付書類2)

介護職員処遇改善計画書(届出対象都道府県内一覧表)

法人名	
-----	--

都道府県名		
指定権者 (都道府県・市町村)	介護職員処遇改善加算の見込額	賃金改善の見込額
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
合計	C 円	D 円

※ C及びDは別紙様式2添付書類3の当該指定権者における金額と一致しなければならない。

ページ数	／	総ページ数
------	---	-------

別紙様式 2 (添付書類 3)

介護職員処遇改善計画書(都道府県状況一覧表)

法人名		
都道府県	介護職員処遇改善加算の見込額	賃金改善の見込額
北海道	円	円
青森県	円	円
岩手県	円	円
宮城県	円	円
秋田県	円	円
山形県	円	円
福島県	円	円
茨城県	円	円
栃木県	円	円
群馬県	円	円
埼玉県	円	円
千葉県	円	円
東京都	円	円
神奈川県	円	円
新潟県	円	円
富山県	円	円
石川県	円	円
福井県	円	円
山梨県	円	円
長野県	円	円
岐阜県	円	円
静岡県	円	円
愛知県	円	円
三重県	円	円
滋賀県	円	円
京都府	円	円
大阪府	円	円
兵庫県	円	円
奈良県	円	円
和歌山県	円	円
鳥取県	円	円
島根県	円	円
岡山県	円	円
広島県	円	円
山口県	円	円
徳島県	円	円
香川県	円	円
愛媛県	円	円
高知県	円	円
福岡県	円	円
佐賀県	円	円
長崎県	円	円
熊本県	円	円
大分県	円	円
宮崎県	円	円
鹿児島県	円	円
沖縄県	円	円
全国計	E 円	F 円

※ FはEを上回らなければならない。

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書
＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜介護予防支援事業者用＞

平成 年 月 日

長崎県知事 殿

大村市長

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

届出者	フリガナ 名称								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	法人である場合その種別	法人所轄庁							
	代表者の職・氏名	職名				氏名			
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
届出を行う事業所の状況	管理者の氏名								
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市							
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分			異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	市町村が定める単位の有無(市町村記載)
	夜間対応型訪問介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	地域密着型通所介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	療養通所介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	認知症対応型共同生活介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	地域密着型特定施設入居者生活介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1新規	2変更	3終了			1有 2無
	複合型サービス			1新規	2変更	3終了			1有 2無
介護予防認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無	
介護予防小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無	
介護予防認知症対応型共同生活介護			1新規	2変更	3終了			1有 2無	
介護予防介護支援			1新規	2変更	3終了				
地域密着型サービス事業所番号等									
指定を受けている市町村									
介護保険事業所番号	(指定を受けている場合)								
既に指定等を受けている事業									
医療機関コード等									
特記事項	変更前					変更後			
関係書類	別添のとおり								

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

※一部抜粋掲載
(別紙1-3)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス)

事業所番号														
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等				割引
各サービス共通			地域区分	1 1級地 2 2級地 3 3級地 4 4級地 5 5級地 6 6級地 7 7級地 8 その他			
76 定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	1 一体型 2 連携型		特別地域加算	1 なし 2 あり			1 なし 2 あり
			中山間地域等における小規模事業所 加算(地域に関する状況)	1 非該当 2 該当			
			中山間地域等における小規模事業所 加算(規模に関する状況)	1 非該当 2 該当			
			緊急時訪問看護加算	1 なし 2 あり			
			特別管理体制	1 対応不可 2 対応可			
			ターミナルケア体制	1 なし 2 あり			
			総合マネジメント体制強化加算	1 なし 2 あり			
			サービス提供体制強化加算	1 なし 5 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ 介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ		
71 夜間対応型訪問介護	1 I型 2 II型		24時間通報対応加算	1 対応不可 2 対応可			1 なし 2 あり
			サービス提供体制強化加算	1 なし 4 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 5 加算Ⅱイ 3 加算Ⅱロ 介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ		
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ			
78 地域密着型通所介護	1 地域密着型通所介護事業所 療養通所介護事業所		職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 介護職員 3 介護職員			
			時間延長サービス体制	1 対応不可 2 対応可			
			入浴介助体制	1 なし 2 あり			
			中重度者ケア体制加算	1 なし 2 あり			
			個別機能訓練体制	1 なし 3 加算Ⅰ 4 加算Ⅱ			
			認知症加算	1 なし 2 あり			
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり			
			栄養改善体制	1 なし 2 あり			
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり			
			個別巡回体制強化加算	1 なし 2 あり			
			サービス提供体制強化加算	1 なし 5 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ 介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ		
			介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ			
72 認知症対応型通所介護	1 単独型 2 併設型 3 グループホーム等活用型		職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員			1 なし 2 あり
			時間延長サービス体制	1 対応不可 2 対応可			
			入浴介助体制	1 なし 2 あり			
			個別機能訓練体制	1 なし 2 あり			
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり			
			栄養改善体制	1 なし 2 あり			
			口腔機能向上体制	1 なし 2 あり			
			サービス提供体制強化加算	1 なし 4 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ 介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ		
介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ						
73 小規模多機能型居宅介護	1 小規模多機能型居宅介護事業所 2 サテライト型小規模多機能型 居宅介護事業所		職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員			1 なし 2 あり
			看護職員配置加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ			
			看取り連携体制加算	1 なし 2 あり			
			訪問体制強化加算	1 なし 2 あり			
			総合マネジメント体制強化加算	1 なし 2 あり			
			サービス提供体制強化加算	1 なし 5 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ 介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ		
介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ						

(3) 変更の届出

介護サービス事業者は、加算を取得する際に提出した介護職員処遇改善計画書、計画書添付書類に変更（次の①から④までのいずれかに該当する場合に限る。）があった場合には、次の①から④までに定める事項を記載した変更届出書を提出すること。

- ① 会社法による吸収合併、新設合併等による介護職員処遇改善計画書の作成単位が変更となる場合は、当該事実発生までの賃金改善の実績及び承継後の賃金改善に関する内容
- ② 複数の介護サービス事業所等について一括して申請を行う事業者において、当該申請に係る介護サービス事業所等に増減（新規指定、廃止等の事由による）があった場合は当該事業所等の介護保険事業所番号、事業所等名称、サービス種別
- ③ 就業規則を改正（介護職員の処遇に関する内容に限る。）した場合は、当該改正の概要
- ④ キャリアパス要件等に関する適合状況に変更（該当する加算の区分に変更が生じる場合又は加算（Ⅲ）若しくは加算（Ⅳ）を算定している場合におけるキャリアパス要件Ⅰ、キャリアパス要件Ⅱ及び職場環境等要件の要件間の変更が生じる場合に限る。）があった場合は、介護職員処遇改善計画書における賃金改善計画、キャリアパス要件等の変更に係る部分の内容（計画書添付書類の内容に変更があった場合には変更後の計画書添付書類を添付すること。）

<変更届出の際の添付書類確認表>（※○→提出が必要、×→提出が不要。）

届出項目	変更内容	提出書類				
		変更届出書	介護給付体制の届出書	介護給費算定に係る体制等状況一表	介護職員処遇改善計画書	就業規則・労働保険関係書類
		参考様式	別紙3-2	別紙1-3	別紙様式2	
1	会社法による吸収合併、新設合併等による介護職員処遇改善計画書の作成単位	○	×	×	○	○
2	当該届出に係る介護サービス事業所等の増減（※新規指定、廃止等の事由による場合）	○	○	○	○	×
3	就業規則の改正（※介護職員の処遇に関する内容に限る。）	○	×	×	×	○
4	キャリアパス要件等に関する適合状況（※該当する加算の区分に変更が生じる場合等）	○	○	○	×	○

(参考様式)

平成〇〇年〇月〇日

大 村 市 長 様

(法人名)
(代表者)

印

平成〇〇年度介護職員処遇改善加算に係る変更届出書

平成〇〇年〇月〇日付けで届け出た介護職員処遇改善加算に係る下記事項について変更がありましたので、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 会社法による吸収合併、新設合併等による介護職員処遇改善加算の作成単位の変更
(当該事実発生までの賃金改善の実績及び承継後の賃金改善に関する内容)
- 2 当該届出に関する事業所の増減（新規指定、廃止等）
 - (1) 当該事業所等の介護保険事業所番号
 - (2) 事業所等名称
 - (3) サービス種別
- 3 就業規則の改正（介護職員の処遇に関する内容）
- 4 キャリアパス要件等に関する適合状況の変更
(該当する加算の区分に変更が生じる場合等)

- 備考 1 変更に係る上記項目に○印を付けるとともに、必要な書類を添付すること。
2 当該届出書に係る添付書類は、変更届出の際の添付書類確認表を参照すること。

(4) 特別事情届出書

事業の継続を図るために、介護職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く。以下において同じ。）を引き下げた上で賃金改善を行う場合には、別紙様式4の特別な事情に係る届出書（以下「特別事情届出書」という。）により、次の①から④までに定める事項について届け出ること。

なお、年度を超えて介護職員の賃金水準を引き下げることとなった場合は、次年度の加算を取得するために必要な届出を行う際に、特別事情届出書を再度提出する必要がある。

また、介護職員の賃金水準を引き下げた後に①に掲げる状況が改善した場合には、可能な限り速やかに介護職員の賃金水準を引下げ前の水準に戻すこと。

- ① 加算を取得している介護サービス事業所等の法人の収支（介護事業による収支に限る。）について、サービス利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し、一定期間にわたって収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況にあることを示す内容
- ② 介護職員の賃金水準の引下げの内容
- ③ 当該法人の経営及び介護職員の賃金水準の改善の見込み
- ④ 介護職員の賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等の必要な手続きに関して、労使の合意の時期及び方法等

特別な事情に係る届出書（平成〇〇年度）

事業所等情報

介護保険事業所番号

事業者・開設者	フリガナ			
	名称			
事業所等の名称	フリガナ		提供するサービス	
	名称			

1. 事業の継続を図るために、介護職員の賃金水準を引き下げる必要がある状況について

当該事業所を含む当該法人の収支（介護事業に限る。）について、サービス利用者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

※当該状況を把握できる書類を提出し、代替することも可。

2. 賃金水準の引下げの内容

--

3. 経営及び賃金水準の改善の見込み

--

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4. 賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

--

平成 年 月 日 (法人名)

(代表者名)

印

(5) 賃金改善の実績報告

各事業年度における最終の加算の支払いがあった月の翌々月の末日までに（原則は、7月末日まで。）大村市に実績報告書の提出が必要です。

なお、年度途中で事業を廃止された場合には、加算を受けた最終月の翌々月の末日までに当該実績報告書の提出が必要です。

① 提出書類（サービス事業所ごとに計画書を作成・提出した場合）

- a 別紙様式3（介護職員処遇改善実績報告書）
- b 加算の算定により賃金改善を行った賃金総額の積算根拠資料（任意様式で可）

② 提出書類（複数のサービス事業所の計画書を一括して作成・提出した場合）

- a 別紙様式3（介護職員処遇改善実績報告書）
- b 加算の算定により賃金改善を行った賃金総額の積算根拠資料（任意様式で可）
- c 別紙様式3（添付書類1）
- d 別紙様式3（添付書類2）
- e 別紙様式3（添付書類3）

③ 様式の掲載箇所

（大村市ホームページ）

ホーム > 健康・福祉・子育て > 年金・保険 > 介護保険 > サービス事業所に関する情報 > 介護報酬 > 介護職員処遇改善加算に関する届出

URL：<https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/kaigohosyu/syoguukaizennkasann.html>

別紙様式 3

介護職員処遇改善実績報告書(平成 年度)

大村市長様

介護保険事業所番号

事業所等情報

事業者・開設者	フリガナ 名 称				
主たる事務所の 所在地	〒	都・道 府・県			
	電話番号		FAX 番号		
事業所等の名称	フリガナ 名 称			提供する サービス	
事業所の所在地	〒	都・道 府・県			
	電話番号		FAX 番号		

※事業所等情報については、複数の事業所ごと一括して提出する場合は「別紙一覧表による」と記載すること。

①	算定した加算の区分	介護職員処遇改善加算 (I II III IV V)				
②	賃金改善実施期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月				
③	平成 年度分介護職員処遇改善加算総額					円
④	賃金改善所要額 (i - ii)					円
	i) 加算の算定により賃金改善を行った賃金の総額					円
	ii) 初めて加算を取得した月の前年度の賃金の総額					円
加算 (I) の上乗せ相当分を用いて計算する場合						
⑤	平成 年度分介護職員処遇改善加算総額 (加算 (I) による算定額から加算 (II) による算定額を 差し引いた額)					円
⑥	賃金改善所要額 (iii - iv)					円
	iii) 加算 (I) の算定により賃金改善を行った賃金の総額					円
	iv) 初めて加算 (I) を取得する月の前年度の賃金の総額					円
⑦	賃金改善を行った賃金項目及び方法(賃金改善を行う賃金項目(賃金改善を行う賃金項目(増額若しくは新設した給与の項目の種類(基本給、手当、賞与等)等)、賃金改善の実施時期や対象職員、一人当たりの平均賃金改善額について、可能な限り具体的に記載すること。)					

- ※ 介護職員処遇改善計画書において加算(I)の上乗せ相当分を用いて計算している場合は、介護職員処遇改善実績報告書においても加算(I)の上乗せ相当分を用いて計算すること。
- ※ 加算(I)の上乗せ相当分を用いて計算する際は、③及び④の代わりに⑤及び⑥を使用する。
- ※ ④ i) 及び⑥ iii) については、積算の根拠となる資料を添付すること。(任意の様式で可。)
- ※ ④又は⑥については、法定福利費等の賃金改善に伴う増加分も含むことができる。
- ※ ④が③以上又は⑥が⑤以上でなければならないこと。
- ※ ④ ii)、⑥ iv) の計算に際しては、賃金改善実施期間の職員の人数と合わせた上で算出すること。すなわち、比較時点から賃金改善実施期間の始点までに職員が増加した場合、当該職員と同等の勤続年数の職員が比較時点にもいたと仮定して、賃金総額に上乗せする必要があることに留意すること。
- ※ 複数の介護サービス事業所等について一括して提出する場合、以下の添付書類についても作成すること。
 - ・添付書類 1 : 都道府県等の圏域内の、当該計画書に記載された計画の対象となる介護サービス事業所等の一覧表 (指定権者毎)
 - ・添付書類 2 : 各都道府県内の指定権者 (当該都道府県を含む。) の一覧表 (都道府県毎)
 - ・添付書類 3 : 計画書に記載された計画の対象となる介護サービス事業者等に係る都道府県の一覧表
- ※ 虚偽の記載や、介護職員処遇改善加算の請求に関して不正を行った場合には、支払われた介護給付費の返還を求められることや介護事業者の指定が取り消される場合があるので留意すること。

上記について相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日 (法 人 名)

(代表者名) 印

別紙様式3 (添付書類1)

介護職員処遇改善実績報告書(指定権者内事業所一覧表)

法人名	
-----	--

都道府県(市町村)名

介護保険事業所番号	事業所の名称	サービス名	介護職員処遇改善加算額	賃金改善所要額
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
合計	—	—	A 円	B 円

※ 計画書を届け出る指定権者(都道府県又は市区町村)毎に記載すること。
 ※ A及びBは別紙様式3添付書類2の当該指定権者における金額と一致しなければならない。

ページ数 / 総ページ数

別紙様式 3 (添付書類 2)

介護職員処遇改善実績報告書(報告対象都道府県内一覧表)

法人名	
-----	--

<u>都道府県名</u>		
指定権者	介護職員処遇改善加算額	賃金改善所要額
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
	円	円
合計	C 円	D 円

※ C及びDは別紙様式3添付書類3の当該指定権者における金額と一致しなければならない。

ページ数 / 総ページ数

別紙様式3(添付書類3)

介護職員処遇改善実績報告書(都道府県状況一覧表)

法人名		
都道府県	介護職員処遇改善加算額	賃金改善所要額
北海道	円	円
青森県	円	円
岩手県	円	円
宮城県	円	円
秋田県	円	円
山形県	円	円
福島県	円	円
茨城県	円	円
栃木県	円	円
群馬県	円	円
埼玉県	円	円
千葉県	円	円
東京都	円	円
神奈川県	円	円
新潟県	円	円
富山県	円	円
石川県	円	円
福井県	円	円
山梨県	円	円
長野県	円	円
岐阜県	円	円
静岡県	円	円
愛知県	円	円
三重県	円	円
滋賀県	円	円
京都府	円	円
大阪府	円	円
兵庫県	円	円
奈良県	円	円
和歌山県	円	円
鳥取県	円	円
島根県	円	円
岡山県	円	円
広島県	円	円
山口県	円	円
徳島県	円	円
香川県	円	円
愛媛県	円	円
高知県	円	円
福岡県	円	円
佐賀県	円	円
長崎県	円	円
熊本県	円	円
大分県	円	円
宮崎県	円	円
鹿児島県	円	円
沖縄県	円	円
全国計	E 円	F 円

※ FはEを上回らなければならない。

(6) 介護職員処遇改善加算Q & A

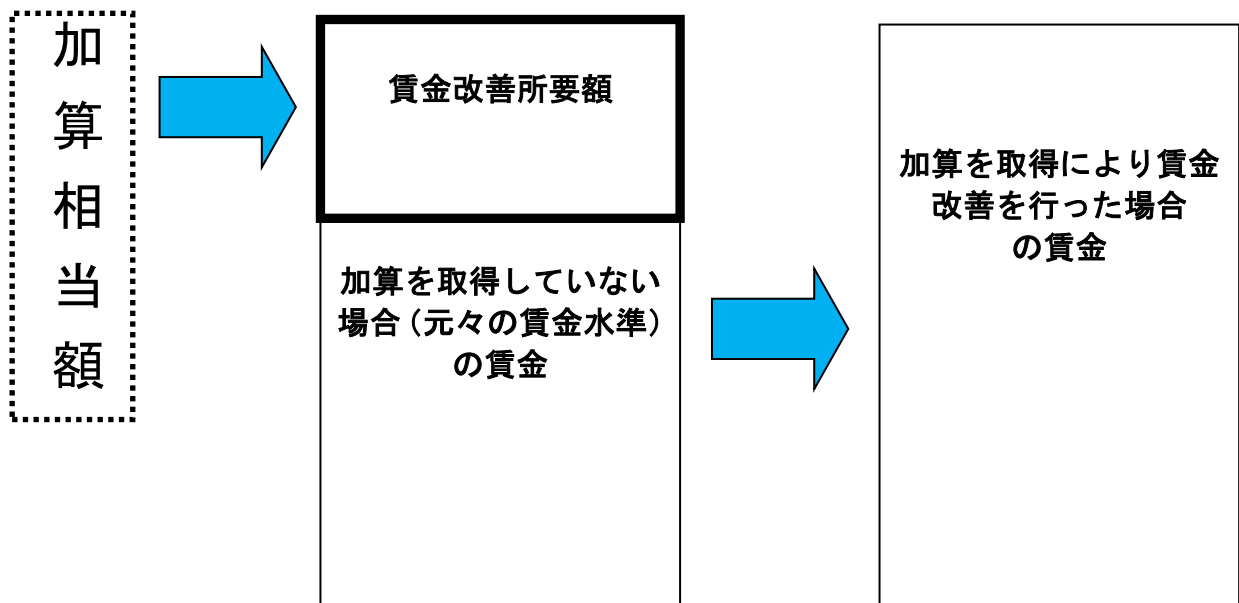
Q 1 賃金改善等の処遇改善計画の介護職員への周知方法の確認について、回覧形式で判子を押印した計画書の写しを提出させること等が考えられるが、具体的にどのように周知すればよいか。

A 1 賃金改善計画等の周知については、全従事者が閲覧できる掲示板等への掲示や全従事者への文書による通知等が考えられるが、各法人・事業所において適切な方法で実施することが必要である。
※本市の現地指導で要件確認をする際に、全ての介護職員に周知した方法を説明できるようにしておいてください。

Q 2 事業者が加算の算定額に相当する介護職員の賃金改善を実施する際、賃金改善の基準点はいつなのか。

A 2 賃金改善は、加算を取得していない場合の賃金水準と、加算を取得し実施される賃金水準の改善見込額との差分を用いて算定されるものであり、比較対象となる加算を取得していない場合の賃金水準とは、以下の①又は②の賃金水準である。
なお、加算を取得する月の属する年度の前年度に勤務実績のない介護職員については、その職員と同職であって、勤続年数等が同等の職員の賃金水準と比較すること。

- ①初めて加算を取得する月（計画期間において初めて加算を取得する月）の属する年度の前年度の賃金の総額（前年度の賃金水準から、加算の算定による賃金改善の部分を除いた賃金水準）
- ②初めて加算を取得した月（介護サービス事業者として初めて加算を取得した月）の属する年度の前年度の賃金の総額（交付金を取得していた場合には、交付金による賃金改善の部分を除く。）



- ①初めて加算を取得する月の属する年度の前年度の賃金の総額
（前年度の賃金水準から、加算の算定による賃金改善の部分を除いた賃金水準）
又は
- ②初めて加算を取得した月の属する年度の前年度の賃金の総額
（交付金を取得していた場合には、交付金による賃金改善の部分を除く。）

Q 3 処遇改善加算の算定要件である「処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善」に関して、下記の①から③までの取組に要した費用を賃金改善として計上して差し支えないか。

- ①法人で受講を認めた研修に関する参加費や教材費等について、あらかじめ介護職員の賃金に上乗せして支給すること。
- ②研修に関する交通費について、あらかじめ介護職員の賃金に上乗せして支給すること。
- ③介護職員の健康診断費用や、外部から講師を招いて研修を実施する際の費用を法人が肩代わりし、当該費用を介護職員の賃金改善とすること。

A 3 処遇改善加算を取得した介護サービス事業者等は、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善の実施と併せて、キャリアパス要件や職場環境等要件を満たす必要があるが、当該取組に要する費用については、算定要件における賃金改善の実施に要する費用に含まれない。

当該取組に要する費用以外であって、処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定すること。

Q 4 処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善分について、以下の①及び②の内容を充てることを労使で合意した場合、算定要件にある当該賃金改善分とすることは差し支えないか。

- ①過去に自主的に実施した賃金改善分
- ②通常の定期昇給等によって実施された賃金改善分

A 4 加算を取得していない場合の賃金水準と比較して、賃金改善が行われていることが算定要件として必要なものであり、賃金改善の方法の一つとして、当該賃金改善分に、過去に自主的に実施した賃金改善分や、定期昇給等による賃金改善分を含むことはできる。

Q 5 資格等に応じて昇給する仕組みを設定する場合において、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する」とあるが、具体的にどのような仕組みか。

A 5 本要件は、介護福祉士の資格を有して事業所や法人に雇用される者がいる場合があることを踏まえ、そのような者も含めて昇給を図る観点から設けられているものであり、例えば、介護福祉士の資格を有する者が、介護支援専門員の資格を取得した場合に、より高い基本給や手当が支給される仕組みなどが考えられる。

Q 6 キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みについて、非常勤職員や派遣職員はキャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みの対象となるのか。

A 6 キャリアパス要件Ⅲによる昇給の仕組みについては、非常勤職員を含め、当該事業所や法人に雇用される全ての介護職員が対象となり得るものである必要がある。

また、介護職員であれば派遣労働者であっても、派遣元と相談の上、介護職員処遇改善加算の対象とし、派遣料金の値上げ分等に充てることは可能であり、この場合、計画書・実績報告書は、派遣労働者を含めて作成することとしている。加算（Ⅰ）の取得に当たっても本取扱いに代わりはないが、キャリアパス要件Ⅲについて、派遣労働者を加算の対象とする場合には、当該派遣職員についても当該要件に該当する昇給の仕組みが整備されていることを要する。

Q7 キャリアパス要件Ⅲの昇給の基準として「資格等」が挙げられるが、これにはどのようなものが含まれるか。

A7 「介護福祉士」のような資格や、「実務者研修修了者」のような一定の研修の修了を想定している。また、「介護福祉士資格を有して当該事業所や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組み」については、介護職員として職務に従事することを前提としつつ、介護福祉士の資格を有している者が、「介護支援専門員」や「社会福祉士」など、事業所が指定する他の資格を取得した場合に昇給が図られる仕組みを想定している。

また、必ずしも公的な資格である必要はなく、例えば、事業所等で独自の資格を設け、その取得に応じて昇給する仕組みを設ける場合も要件を満たし得る。ただし、その場合にも、当該資格を取得するための要件が明文化されているなど、客観的に明らかとなっていることを要する。

Q8 『一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組み』とあるが、一定の基準とは具体的にどのような内容を指すのか。また、「定期的に」とは、どの程度の期間まで許容されるのか。

A8 昇給の判定基準については、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。また、判定の時期については、事業所の規模や経営状況に応じて設定して差し支えないが、明文化されていることが必要である。

1 1 サービス提供体制強化加算

1 加算届出の取扱い

始めてサービス提供体制強化加算を算定する事業所は、本市に対する通常に加算届出が必要ですが、既にサービス提供体制強化加算を算定していて、要件を満たしているため、次年度も引き続き同じ区分で算定を継続する場合には、改めて本市への届出は不要です。ただし、要件の充足状況によって、区分変更となった場合は、加算区分の変更届出が必要です。

例えば、既に平成29年度にサービス提供体制強化加算（Ⅰ）イを算定していて、『要件の確認』を行った結果、平成30年度からも同じ加算（Ⅰ）イを算定される場合は、本市に対する届出は不要ですが、平成30年度から（Ⅱ）に変更される際は、改めて届出が必要となるということです。

なお、算定要件を満たさなくなった場合には取下げの手続きが必要になりますので、ご注意ください。

2 『要件の確認』について

(1) 算定要件について

例えば、平成30年度に加算を算定する場合は、平成29年4月から平成30年2月までの（11か月間）の平均が、所定の割合以上の場合、平成30年度を通じて（平成30年4月から平成31年3月まで）算定することができます。そのため、例年3月を除く前年度（11か月間）の実績の計算が必要となります。

(2) 事務手続きについて

- ① 2月の勤務実績が確定後、4月から算定できるかどうか、毎年必ず確認が必要です。できるだけ毎月の勤務実績が確定したら、各月の常勤換算後の人数を算出・記録に努めてください。
- ② 割合の算出は、本市HPに掲載している「参考様式」（次ページを参照）をご活用ください。
- ③ 要件を満たさない場合は、取下げの届出を、要件の状況により区分変更される場合は、変更届出をご提出ください。

3 その他注意事項（各サービス共通）

- ① 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度（3月を除く。）の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。）については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、4月目以降届出が可能となるものであること。なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得又は研修の課程を修了している者とする。
- ② ①のただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算取下げの届出を行わなければならないこと。
- ③ 勤続年数とは、毎月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。
具体的には、平成24年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成24年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。
勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

1 2 介護サービス事業所等における事故報告

1 報告の範囲

① サービス提供中の利用者の死亡又は負傷等

「サービス提供中」には、利用者の送迎又は通院等の時間を含む。

「死亡」には、病状悪化等による死亡を除く。

「負傷等」には、医療機関を受診した場合を原則とするが、軽微な場合は除く。

事業所側の過失の有無は問わない。

② 食中毒及び感染症の発生

食中毒及び感染症の発生、又はそれが疑われる状況が生じたとき。

③ 法令違反・不祥事

職員による業務に関連した犯罪行為、利用者が当事者となった犯罪行為。

④ 人権侵害・虐待

事業所内で発生した人権侵害、職員の利用者に対する虐待行為。

⑤ 交通事故

サービス提供中に発生した物損事故・人身事故。

⑥ 誤薬

他の利用者の薬を与薬した場合、与薬の用法や用量を誤った場合及び与薬を忘れた場合等で健康被害があった場合に限る。

⑦ 災害

火災等による物的・人的被害が発生した場合。自然災害を除く。

⑧ その他、報告が必要と認められる事故

生命、身体に重大な結果を生じるおそれがある事案が発生しているとき。

2 報告の方法

事故報告書により持参、郵送、電子メール、ファックスいずれかの方法でご報告ください。

報告様式については、必要事項の記載があれば任意で差し支えない。

なお、緊急を要する場合、電話により報告し、その後速やかに事故報告書を持参すること。

3 報告の時期

事故等があった場合は、速やかに本市へ報告すること。ただし、緊急を要する場合は、直ちに電話により報告し、その後速やかに事故報告書を持参すること。

<緊急を要する場合>

- ① 施設内で発生した死亡事故（警察の介入の如何を問わない）
 - ・心肺停止状態で発見された場合も含む
- ② サービス提供中に発生した人身事故（負傷の程度は問わない）
- ③ 利用者等の生命、身体に重大な結果が生じる恐れのある事案
 - ・施設利用者の行方不明も含む
- ④ 警察の介入に至る事案

4 報告先

大村市長寿介護課介護給付グループ

TEL 0957-20-7301

FAX 0957-53-1978

5 報告様式の掲載箇所

大村市ホームページ

ホーム > 健康・福祉・子育て > 年金・保険 > 介護保険 > サービス事業所に関する情報 > 事故報告

URL: <https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/jikohoukoku.html>

6 参考

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合)

○大村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等を定める条例

(事故発生時の対応)

第41条 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、利用者に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る指定居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

3 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、利用者に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

介護サービス事業者 事故報告書

		報告年月日	平成 年 月 日			
1 事業所の概要	事業所(施設)名			電話番号		
				FAX番号		
	記載者職・氏名					
	事故が発生したサービスの種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・販売 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業	
2 対象者	ふりがな			年齢	歳	性別
	氏名					男・女
	被保険者番号			要介護度		
	住所					
3 事故の概要	発生日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃				
	発生場所					
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 法令違反、不祥事	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 高齢者虐待	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> 感染症・結核	
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日: 平成 年 月 日				
4 事故発生時の対応	対処の方法					
	治療した医療機関					
	治療の概要					
5 事故発生後の対応	利用者の状況	入院有無: <input type="checkbox"/> 入院した <input type="checkbox"/> 入院せず				
	家族への報告説明の内容					
		再発防止に向けての今後の取り組み				

1.3 運営推進会議及び介護・医療連携推進会議

(1) 運営推進会議とは

地域密着型サービス事業者が自ら設置するもので、「利用者」、「利用者の家族」、「地域住民の代表者」、「市町村職員」又は「地域包括支援センターの職員」、「事業所が実施するサービスについて知見を有する者」等に対して、提供しているサービスの内容等を明らかにすることにより、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保し、地域との連携を図ることを目的として開催するものです。

○ 開催頻度

次に示した開催頻度で会議を実施する必要があります。

認知症対応型共同生活介護	⇒ 概ね2月に1回以上（年に6回以上）
小規模多機能型居宅介護	⇒ 概ね2月に1回以上（年に6回以上）
看護小規模多機能型居宅介護	⇒ 概ね2月に1回以上（年に6回以上）
地域密着型介護老人福祉施設	⇒ 概ね2月に1回以上（年に6回以上）
認知症対応型通所介護	⇒ 概ね6月に1回以上（年に2回以上）
地域密着型通所介護	⇒ 概ね6月に1回以上（年に2回以上）

(2) 介護・医療連携推進会議とは

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が設置するもので、「利用者」、「利用者の家族」、「地域住民の代表者」、「地域の医療関係者」、「市町村職員又は地域包括支援センターの職員」、「事業所が実施するサービスについて知見を有する者」等の構成員と、地域における介護及び医療に関する課題について関係者が情報の共有を行い、介護と医療の連携を図ることを目的として開催するものです。

○ 開催頻度

次に示した開催頻度で会議を実施する必要があります。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	⇒ 概ね3月に1回以上（年に4回以上）
------------------	---------------------

(3) 構成員について

	運営推進会議	介護・医療連携推進会議
構成員	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者 ・利用者の家族 ・地域住民の代表者 ・市町村職員又は当該事業所を管轄する地域包括支援センター職員 ・当該サービスの知見者 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者 ・利用者の家族 ・地域住民の代表者 ・市町村職員又は当該事業所を管轄する地域包括支援センター職員 ・当該サービスの知見者 ・地域の医療関係者

※1 全ての構成員が参加することが原則ですが、利用者については、現実的に会議に参加できないと判断された場合は、利用者以外の構成員で会議を開催してください。

※2 地域住民の代表者とは、町内会長、自治会長、公民館長、老人クラブ会長、商店街会長等の地域のつながりのある人、民生委員等である。

※3 当該サービスの知見者とは、近隣の介護サービス事業所の介護福祉士や介護支援専門員、社会福祉協議会等の役員、その他介護保険事業に携わるもの等。

（客観的、専門的な立場から意見を述べることができる者であって当該事業所の職員は不可。）

※4 地域の医療関係者とは、医師、医療ソーシャルワーカー等である。

(4) 会議の内容

会議内容で、必須とされるのは、事業所の活動状況の報告となります。その事業所側の報告について、会議構成員が評価するとともに、必要な要望、助言等を述べることでとされます。事業所の活動状況については、次の例示を参考としてください。また、会議設置の趣旨の一つに「地域との連携」があることから、活動状況の報告だけで終わらず、その都度で開催される「会議の目的」を考え、その目的に応じた議題を設定する等事業所にとって運営推進会議が有意義なものとなるように創意工夫に努めてください。

○ 「事業所の活動状況」の例示

- ・ 利用状況等（利用者数、利用者の平均要介護度、利用者の平均要介護度の推移）
- ・ 利用者の事故や苦情の報告
- ・ 事業所において実施した行事
- ・ 地域において開催された行事や活動への参加・協力状況
- ・ 地域住民やボランティア団体等との連携・協力状況
- ・ 非常災害時における消防団との連携のための取組み状況
- ・ 事業所の従業者体制や人事異動に関すること
- ・ 事業所の従業者研修その他従業者の資質向上のための取組み状況
- ・ 前回の運営推進会議における要望や助言に対する改善状況

(5) 会議録の作成・報告

運営推進会議での活動状況の報告内容、評価、要望、助言等についての記録を作成することが義務付けられています。また、当該記録については、5年間保存しなければなりません。なお、当該記録には、上記事項に加えて、「事業所名」「開催日時」「場所」「会議の構成員」等を記載するように努めてください。**会議録作成後、速やかに大村市長寿介護課にご提出いただきますようお願いいたします。**

(6) 介護録の公表

運営推進会議での活動状況の報告内容、評価、要望、助言等についての会議録の公表が義務付けられています。公表の仕方については、「事業所ホームページでの掲載」「事業所内の掲示」「利用者家族への配布」等が考えられます。併せて、会議の構成員には、当該会議録を配布するように努めてください。なお、公表にあたっては、個人情報への取扱いに十分ご注意ください。

(7) 運営推進会議及び介護・医療連携推進会議を活用した評価の実施について

指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所については、サービスの改善および質の向上を目的として、各事業所自らその提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、当該自己評価結果について、運営推進会議又は介護・医療連携推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を1年に1回以上実施することとなっております。

なお、具体的な評価方法等については通知済みではありますが、本市HP上にも掲載しておりますので、改めてご確認いただきますようお願いいたします。

○ 掲載箇所

ホーム > 健康・福祉・子育て > 年金・保険 > 介護保険 > サービス事業所に関する情報 > 運営推進会議等を活用した評価の実施について

<https://www.city.omura.nagasaki.jp/kyuufu/kenko/nenkin/kaigohoken/service/unneisuisinnkaigiwo.html>

費用徴収の取扱いについて

費用徴収について、質問が挙がった次の2点について、本市の取扱いをお示しいたします。

(1) 通院同行時の費用の徴収について

通院同行時の費用について、その通院がケアプランに位置付けられた通院の場合は、協力医療機関でない場合であっても、原則、介護保険サービスに含まれ費用の徴収はできません。

通院がケアプランに位置付けられたものではない場合、介護保険外サービスとして実費（人件費・燃料代・駐車場代等）を徴収することができます。その際に、必ず利用者又はその家族等に対し事前に説明し文書により同意を得る必要があります。

なお、介護保険サービスであっても家族でも対応できる通院介助や付添いを事業所から家族に対して依頼し家族がそれらを任意で行うことを否定するものではありませんのでご注意ください。

【取扱い原則】

	協力医療機関の場合	協力医療機関ではない場合
事業所が通院介助を行うことの必要性がケアプランに位置付けられている場合	費用徴収 不可 (介護保険サービス)	費用徴収 不可 (介護保険サービス)
事業所が通院介助を行うことの必要性がケアプランに位置付けられていない場合	費用徴収 不可 (介護保険サービス)	費用徴収 可能 (介護保険外サービス)

※利用者又は家族等の希望による「遠方の医療機関への通院」、「医師が必要と認める回数を超える通院」等の場合における通院同行時の費用の徴収については、上記の表の原則的な取扱いに関わらず、介護保険外サービスとしての事業者の契約に基づき、交通費実費（公共交通機関や駐車場利用料等）として徴収することは差し支えありません。

ただし、事業所の運営規定において、その旨を明確に規定するとともに、重要事項として、事業所の見やすい場所に掲示されなければなりません。なお、額については、その都度変動する性質のものである場合には、「実費」という形の定め方が許容されるものであること。

(2) 洗濯代の徴収について

介護保険サービスとして、利用者の心身の状況、環境等を踏まえ、日常生活を営む上で必要であると判断した場合、事業所で洗濯を行うことは可能ですが、職員の人件費は介護報酬に含まれていますので、徴収することはできません。

なお、事前に利用者又は利用者家族等に文書で同意を得た上で、「介護保険サービスにおいて提供される便宜のうち、通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの」として、洗剤代や水道代などの実費を徴収することは差し支えありません。

ただし、このような「日常生活に必要なもの」とは、利用者又は家族等の希望を確認した上で提供されることが必要であり、これを事業者又は施設側が、全ての利用者に対して一律に提供し、全ての利用者からその費用を画一的に徴する取扱いは認められないことに留意すること。

なお、事業者又は施設は、「日常生活に必要なもの」に係る費用の受領について利用者又は家族等に事前に十分な説明を行い、その同意を得なければならないこと。

(3) その他

費用の徴収において、質問等があれば、大村市長寿介護課にご相談ください。

15 介護保険法の改正

(1) 介護医療院の創設に関する事項【平成30年4月1日施行】

- ① 施設サービスを提供する介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設に加え、新たに介護医療院が創設されます。創設の背景は、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応とされています。
- ② 「介護医療院」とは、主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活の世話をを行うことを目的とする施設として、都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護医療院サービス」とは、介護医療院に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいうものとされています。
- ③ 具体的な開設基準等の詳細な内容については、未だ明らかにされておらず、今後、厚生労働省令等の関係法令において通知される予定となります。

（介護保険施設）

- ・介護老人福祉施設
- ・介護老人保健施設
- ・介護療養型医療施設
- ・介護医療院（平成30年4月1日）【追加】

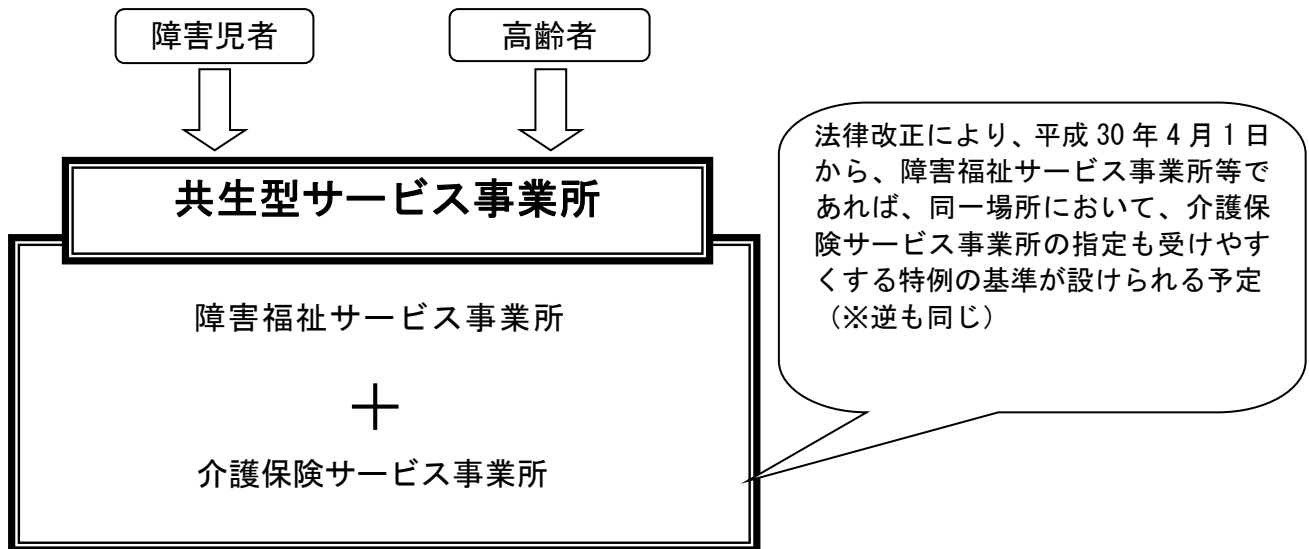
(2) 利用者負担の見直しに関する事項【平成30年8月1日施行】

- 介護給付及び予防給付について、一定以上の所得を有する第一号被保険者に係る利用者負担の割合が、その費用の100分の30とされます。これは世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合が3割とされるということです。

		負担割合
年金収入等	340万円以上	2割→3割
年金収入等	280万円以上	
年金収入等	280万円未満	1割

(3) 共生型サービス事業者の位置付けに関する事項【平成30年4月1日施行】

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするために、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービス事業が位置付けられます。「共生型サービス事業所」とは、同一拠点において、既存の訪問介護、通所介護等の居宅サービス等の事業所指定と児童福祉法の指定又は障害者総合支援法の指定を受けた事業所のことです。共生型サービスの創設によって、障害福祉サービス事業所であれば、介護保険サービス事業所の指定も受けやすくなる特例が設けられます。（※逆も同じ）



(4) 介護納付金における総報酬割の導入【平成29年7月1日施行】

- ① 第2号被保険者（40～64歳）の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課されており、各医療保険者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- ② 各医療保険者は、介護納付金を、第2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。（激変緩和の観点から段階的に導入）

(5) 高額介護（予防）サービス費の見直しに関する事項【平成29年8月1日施行】

- ① 一般区分の月額上限を37,200円から44,400円に引き上げられる。
- ② 1割負担となる被保険者のみの世帯については、新たに、自己負担額の年間（前年の8月1日から7月31日までの間）の合計額に対して446,400円（37,200円×12）の負担上限額を設定すること。（3年間の時限措置）なお、年間の負担上限額については、平成29年8月1日から平成30年7月31日までの間のサービス分から適用される。

16 各種通知等の配信に係る電子メールアドレスの登録

本市が指定権限を有する所管事業所に対して、即時の情報伝達、事務の効率化を図るため、介護保険に関する通知等の情報をメールにより配信しております。

1 配信内容

- (1) 介護保険に関する通知等
- (2) その他必要と認めた事項

2 配信先サービス事業所

- (1) 地域密着型サービス事業所
- (2) 総合事業 指定事業所

3 注意事項

- ① メールアドレスの所有者は問いませんが、メールによる情報提供内容は重要な情報を含んでいますので、事業所として責任を持って対応できるメールアドレスの登録が必要です。
- ② 情報提供内容には、Word・Excel・PDF等のファイルを添付することが多いため、これらを確認できるパソコン等の端末でメールを確認いただく必要があります。
- ③ ご登録いただいたメールアドレスは、長寿介護課内（地域包括支援センターを含む。）の担当者間で、共有する場合がありますので、予めご了承ください。
- ④ ご登録いただいたメールアドレスに変更が生じた場合、メールを送信できませんので、速やかに、次のようにメールにて変更手続きを行ってください。

項目	内容
送信先	chouju@city.omura.nagasaki.jp
メール件名	メールアドレスの変更について
メール本文	1 介護保険事業所番号 2 事業所名称 3 サービス名称 4 担当者名 5 電話番号 6 変更後のメールアドレス

※同一事業所番号で、複数のサービスを実施している場合であって、サービスごとにメールアドレスを登録したい場合は、それぞれメールを送信してください。

※特定のサービス事業所にのみメール配信する場合がありますので、必ずサービス名称をご入力ください。