

資料一覧表

- 資料① 指定更新予定事業所一覧・・・1 ページ
- 資料② みなし指定不要の申出書・・・2 ページ
- 資料③ 変更届出書、主な添付書類等・・・3 ページ～5 ページ
- 資料④ 指定内容変更届出に係る事前協議書・・・6 ページ～8 ページ
- 資料⑤ 変更届出（介護給付費に関すること）・・・9 ページ～11 ページ
- 資料⑥ 通所介護・通所リハビリテーションの算定区分確認表・・・12 ページ～13 ページ
- 資料⑦ サービス提供体制強化加算に常勤換算数の算定方法・・・14 ページ
- 資料⑧ 特定事業所集中減算・・・15 ページ～20 ページ
- 資料⑨ 事故報告書・・・21 ページ～24 ページ
- 資料⑩ 入所申込者評価基準に係る意見書・・・25 ページ
- 資料⑪ 指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する届出書・・・26 ページ
- 資料⑫ 実地指導について・・・27 ページ～28 ページ
- 資料⑬ 自己評価・外部評価等結果提出届・・・29 ページ
- 資料⑭ 介護サービス事業に係る質問票・・・30 ページ
- 資料⑮ 各種申請書等の対比表・・・31 ページ

指定更新予定事業所一覧

介護保険事業所番号	事業所名	サービス種類	指定有効終了年月日	指定更新申請期限
270302615	居宅介護支援事業所まつば	居宅介護支援	平成29年3月3日	平成29年2月2日
270301831	ケア・ステーション浄信館	居宅介護支援	平成29年3月12日	平成29年2月11日
270301831	ケア・ステーション浄信館	短期入所生活介護	平成29年3月12日	平成29年2月11日
270301831	ケア・ステーション浄信館	通所介護	平成29年3月12日	平成29年2月11日
270302623	特別養護老人ホームハピネスやくら	介護老人福祉施設	平成29年3月31日	平成29年2月28日
270302623	特別養護老人ホームハピネスやくら	短期入所生活介護	平成29年3月31日	平成29年2月28日
260390174	八太郎山居宅支援センター訪問看護ステーション	訪問看護	平成29年4月27日	平成29年3月26日
270301864	八太郎山居宅支援センター	訪問介護	平成29年4月27日	平成29年3月26日

(別紙)

申 出 書

生活保護法第 54 条の 2 第 2 項ただし書の規定に基づき、生活保護法第 54 条の 2 第 2 項に係る指定介護機関としての指定を不要とする旨申し出ます。

1 介護機関の名称及び所在地

名 称 _____

所在地 _____

2 介護機関の開設者及び管理者の氏名及び住所

・開設者の氏名及び住所

※開設者が法人の場合には、法人名・代表者名称及び主たる事務所の所在地を記載してください。

氏 名 _____

住 所 _____

・管理者の氏名及び住所

氏 名 _____

住 所 _____

3 当該申出に係る施設又は事業所において行う事業の種類

事業の種類 _____

平成 年 月 日

(申出先) 八戸市長

住所

申出者 (開設者)

氏名

印

変 更 届 出 書

年 月 日

（あて先）八戸市長

住所（所在地）

申請者

名称及び代表者氏名

印

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。

		介護保険事業所番号	0	2															
指定内容を変更した事業所（施設）		名称																	
		所在地																	
サービスの種類																			
変更した事項		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・電話番号・FAX番号																		
3	申請者（法人）の名称																		
4	主たる事務所の所在地																		
5	代表者（開設者）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記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）																		
7	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等																		
8	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。）																		
9	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所（介護老人保健施設を除く。）																		
10	サービス提供責任者の氏名及び住所																		
11	運営規程																		
12	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	(変更後)																	
13	事業所の種別																		
14	提供する居宅療養管理指導の種類																		
15	事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型、空床利用型又は併設型の別）																		
16	利用者、入院患者又は入所者の定員																		
17	指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援体制																		
18	福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況）																		
19	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地																		
20	併設施設の状況等																		
21	本体施設、本体施設との移動経路等																		
22	介護報酬の請求に関する事項																		
23	役員の氏名、生年月日及び住所																		
24	介護支援専門員の氏名及び登録番号																		
変更年月日		年 月 日																	

- 備考 1 当該項目番号に○印を付けてください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
 3 変更後 10 日以内に届け出てください。

変更届出書の主な添付書類等について

No.	変更した事項	添付書類等について
1	事業所(施設)の名称	①運営規程、②定款等(※1) ※1：事業所(施設)の名称が定款や寄附行為等で定められている場合のみ必要です。
2	事業所(施設)の所在地・電話番号・FAX番号	①運営規程、②定款等(※2)、③賃貸借契約書(※3) ※2：事業所(施設)の所在地が定款や寄附行為等で定められている場合のみ必要です。 ※3：建物が自己所有ではない場合に限り、 注意：事業所を移転する場合は、指定内容変更届出に係る事前協議書の提出が必要です。
3	申請者(法人)の名称	①定款等、②履歴事項全部証明書(原本のみ) 注意：申請者(法人)の名称の変更とは当該申請者の「商号変更」のみを指します。吸収合併、事業譲渡等により、事業所の運営法人が別法人へ変更となる場合は新規申請が必要です。
4	主たる事務所の所在地	①定款等、②履歴事項全部証明書(原本のみ)
5	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名	①定款等、②履歴事項全部証明書(原本のみ)、③各サービスの誓約書(参考様式9-1)、④役員名簿(参考様式9-2)
6	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等	①定款等、②履歴事項全部証明書(原本のみ) 注意：当該事業所に関係しない部分に変更となった場合、提出は不要です。
7	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	①建物の平面図(任意様式又は参考様式3)、②賃貸借契約書(※4) ※4：建物が自己所有ではない場合に限り、 注意：介護老人保健施設に限り、指定内容変更届出に係る事前協議書及び手数料が必要です。承認後、第9号様式の提出が必要です。
8	備品	①設備・備品等一覧表(参考様式5、※5) ※5：訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限り、
9	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	①経歴書(参考様式2)、②資格証又は修了証(※6) ※6：管理者に必要な資格又は研修に限る 注意：介護老人保健施設に限り、事前承認が必要となり、第10号様式の提出が必要です。
10	サービス提供責任者の氏名及び住所	①経歴書(参考様式2)、②資格証又は修了証(※7) ※7：サービス提供責任者に必要な資格又は研修に限ります。

11	運営規程	①運営規程 注意：従業員の員数に変更があった場合は、1年のうち一定の期間を比較して変更があった場合のみ必要です。
12	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	①契約書等の写し
13	事業所の種別	添付書類なし
14	提供する居宅療養管理指導の種類	添付書類なし
15	事業実施形態	添付書類なし
16	利用者、入院患者又は入所者の定員	①勤務表(参考様式1)、②建物の平面図(任意様式又は参考様式3)、③指定内容変更届出に係る事前協議書 注意：介護老人福祉施設（地域密着型を含む）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の場合は、併設する短期入所生活介護又は短期入所療養介護の定員変更も併せて手続きが必要です。 注意：定員を増加する場合、特定施設入居者生活介護は第8号様式、介護老人保健施設は第9号様式、介護療養型医療施設は第12号様式の提出も必要となります。
17	指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援体制	①連携・支援体制の概要が分かる資料 例：契約書等の写し
18	福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況）	①契約書等の写し(※9) ※9：委託している場合に限ります。
19	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地	①契約書等の写し
20	併設施設の状況等	添付書類なし 注意：短期入所生活(療養)介護事業所の変更があった場合に提出が必要です。
21	本体施設、本体施設との移動経路等	①移動経路の略図
22	介護報酬の請求に関する事項	①介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(別紙1)、②介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(別紙2又は別紙3) 注意：加算を算定する場合は、算定根拠が分かる書類の添付が必要です。
23	役員の氏名、生年月日及び住所	①各サービスの誓約書(参考様式9-1)、②役員名簿(参考様式9-2)
24	介護支援専門員の氏名及び登録番号	①勤務表(参考様式1)、②資格証、③当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(参考様式10) 注意：介護支援専門員に就く者に限ります。

年 月 日

(あて先) 八戸市長

指定内容変更届出に係る事前協議書

所在地

法人名

代表者氏名

印

事業所名	担当者 () 連絡先 ()		
事業所番号		サービス種別	
事業所所在地			
協議内容	①事業所移転 ②定員増 ③建物構造(専用区画)の変更 ----- 該当する項目に○を付けてください。 ※③は、介護老人保健施設に限ります。		
変更予定日	年 月 日		
変更理由			
変更内容	(変更前)		
	(変更後)		
※以下の項目は、訪問系サービス以外の事業所で記載してください。			
建築確認	適 ・ 否	相談日	年 月 日
消防署への相談	未 ・ 済	相談日	年 月 日
新築改修工事を行う場合の実施 予定期間	着工予定日	年 月 日	
	完成予定日	年 月 日	

注意 ※ 変更予定日の2カ月前までに提出してください。

※ 建築確認申請前に御相談ください。

※ 別紙のとおり、必要な書類を添付してください。

指定内容変更届出書の添付書類について

1 サービス種類

i 訪問系サービス

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス

ii 通所系サービス

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス

iii 施設・居住系サービス

短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、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、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

2 移転（事前協議）

	新築移転	賃貸物件への移転	既存物件を購入後移転
サービス共通	平面図、周辺地図		
訪問系	なし	なし	登記簿謄本
通所系	なし	なし	登記簿謄本
施設・居住系	なし	なし	登記簿謄本

3 移転後（変更届出書（第4号様式））

	新築移転	賃貸物件への移転	既存物件を購入後移転
サービス共通	運営規程、平面図、周辺地図		
訪問系	検査済証	賃貸借契約書	登記簿謄本
通所系	検査済証	賃貸借契約書、検査済証	登記簿謄本、検査済証
施設・居住系	検査済証	賃貸借契約書、検査済証	登記簿謄本、検査済証

4 定員の増加（事前協議・変更届出書（第4号様式））

	増改築なし	増改築あり
サービス共通	運営規程、勤務形態一覧	
通所系	なし	平面図、検査済証
施設・居住系	なし	平面図、検査済証

※増改築を行った場合は、工事完了後に現地調査を行います。

5 建物構造（専用区画）の変更（介護老人保健施設のみ）

	工事なし	工事を伴う場合
事前協議	平面図	平面図
変更後	開設許可事項変更申請書(第9号様式) 平面図	開設許可事項変更申請書(第9号様式) 平面図 手数料(33,000円)

※工事を伴う場合は、工事完了後に現地調査を行います。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）

資料⑤

提供サービス		施設等の区分		人員配置区分		その他の		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		6 2級地 9 7級地		7 3級地 5 その他		2 4級地 3 5級地			
11 訪問介護	1 身体介護 2 生活援助 3 通院等乗降介助			定期巡回・随時対応サービスに関する状況	1 定期巡回の指定を受けていない	1 定期巡回の指定を受けていない	1 定期巡回の指定を受けていない	1 定期巡回の指定を受けていない	1 定期巡回の指定を受けていない	1 定期巡回の指定を受けていない	1 定期巡回の指定を受けていない	1 定期巡回の指定を受けていない	1 なし		
				サービス提供責任者体制の減算	2 定期巡回の整備計画がある	2 定期巡回の整備計画がある	2 定期巡回の整備計画がある	2 定期巡回の整備計画がある	2 定期巡回の整備計画がある	2 定期巡回の整備計画がある	2 定期巡回の整備計画がある	2 定期巡回の整備計画がある	2 定期巡回の整備計画がある	2 定期巡回の整備計画がある	2 あり
				特定事業所加算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 サービス提供責任者体制の減算	3 あり
				特別地域加算	4 特別地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	4 特別地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	4 特別地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	4 特別地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	4 特別地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	4 特別地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	4 特別地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	4 特別地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	4 あり		
				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）	5 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）	5 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）	5 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）	5 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）	5 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）	5 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）	5 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）	5 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）	5 あり		
				介護職員処遇改善加算	6 介護職員処遇改善加算	6 介護職員処遇改善加算	6 介護職員処遇改善加算	6 介護職員処遇改善加算	6 介護職員処遇改善加算	6 介護職員処遇改善加算	6 介護職員処遇改善加算	6 介護職員処遇改善加算	6 あり		

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

平成 年 月 日

(あて先) 八戸市長

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の職氏名
 (個人にあっては、住所及び氏名)

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

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 法人の種類	電話番号	法人所轄庁		FAX番号	
	代表者の職・氏名	職名	氏名			
事業所・施設の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	事業所名					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	連絡先 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	電話番号	FAX番号			
届出を行う事業所・施設の種類の種類	連絡先 管理者の氏名	電話番号	FAX番号			
	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(許可)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)
	指定居宅サービス	訪問介護		1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護		1新規 2変更 3終了			
	訪問看護		1新規 2変更 3終了			
	訪問リハビリテーション		1新規 2変更 3終了			
	居宅療養管理指導		1新規 2変更 3終了			
	通所介護		1新規 2変更 3終了			
	通所リハビリテーション		1新規 2変更 3終了			
	短期入所生活介護		1新規 2変更 3終了			
	短期入所療養介護		1新規 2変更 3終了			
	特定施設入居者生活介護		1新規 2変更 3終了			
	福祉用具貸与		1新規 2変更 3終了			
	介護予防訪問介護		1新規 2変更 3終了			
	介護予防訪問入浴介護		1新規 2変更 3終了			
	介護予防訪問看護		1新規 2変更 3終了			
	介護予防訪問リハビリテーション		1新規 2変更 3終了			
	介護予防居宅療養管理指導		1新規 2変更 3終了			
	介護予防通所介護		1新規 2変更 3終了			
	介護予防通所リハビリテーション		1新規 2変更 3終了			
	介護予防短期入所生活介護		1新規 2変更 3終了			
	介護予防短期入所療養介護		1新規 2変更 3終了			
	介護予防特定施設入居者生活介護		1新規 2変更 3終了			
	介護予防福祉用具貸与		1新規 2変更 3終了			
	居宅介護支援		1新規 2変更 3終了			
	施設					
	介護老人福祉施設		1新規 2変更 3終了			
	介護老人保健施設		1新規 2変更 3終了			
	介護療養型医療施設		1新規 2変更 3終了			
	介護保険事業所番号					
	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」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種類」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」欄は、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・施設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, 1-2)「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。

(介護予防) 訪問介護・訪問型サービス

	届出項目	添付書類	備考
1	施設等の区分	「3 通院等乗降介助」を行う場合 <input type="checkbox"/> 運輸局の許可証の写し等 ※運営規程の(介護予防)訪問介護の内容として、明示されていること。	
2	定期巡回・随時対応サービスに関する状況	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応サービスに関する状況等に係る届出書(訪問介護事業所)(別紙15) ※定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を受けている場合は、指令書のコピーを添付すること。	
3	サービス提供責任者体制の減算	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者体制の減算に関する届出書(別紙16及び別紙21) <input type="checkbox"/> 資格証の写し	
4	特定事業所加算	<p>【体制要件】加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ</p> <input type="checkbox"/> 特定事業所加算に係る届出書(訪問介護事業所)(別紙10) <input type="checkbox"/> 訪問介護員等の研修計画(加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ) <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の研修計画(加算Ⅳ) <input type="checkbox"/> 会議の定期的(月1回以上)な開催を確認できる書類(開催計画、議事録等) <input type="checkbox"/> サービス提供責任者と訪問介護員等の情報伝達及び報告の体制を確認できる書類 <input type="checkbox"/> 訪問介護員等に対する健康診断の定期的な実施が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 利用者に対し交付した緊急時等における対応方法を記載した書類	
		<p>【人材要件】加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅳ (加算Ⅱを算定する場合は①及び②並びに③又は④、加算Ⅳを算定する場合は①及び②)</p> <input type="checkbox"/> ①従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(別紙7)(届出月が属する月の前月実績) <input type="checkbox"/> ②資格証・修了証(介護福祉士・実務者研修、介護職員基礎研修課程、1級課程、看護師) <input type="checkbox"/> ③サービス提供責任者経歴書(参考様式2) <input type="checkbox"/> ④訪問介護員等の総数のうち介護福祉士等の占め割合が確認できる資料(前年度(3月を除く)又は届出日の属する月の前3か月の1月当たりの実績の平均について、常勤換算方法により算出) <p>【重度要介護者等対応要件】加算Ⅰ・Ⅲ・Ⅳ</p> <input type="checkbox"/> 前年度(3月を除く)又は届出日の属する月の前3か月の利用者のうち、要介護4及び5(加算Ⅳの場合は要介護3、4及び5)、認知証日常生活自立度Ⅲ以上、たん吸引等の必要な利用者の占める割合が確認できる書類 <input type="checkbox"/> たんの吸引等が必要な者を計上する場合は、登録喀痰吸引等事業者(登録特定事業者)であることを証明する書類(県の登録通知等)の写し	
5	特別地域加算	—	
6	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)	—	
7	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)	<input type="checkbox"/> 前年度(3月を除く)又は直近の3か月(前年度の実績が6月に満たない事業所等の場合)の1月当たりの平均延訪問回数が確認できる書類(参考様式A)	
8	介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算関係(市ホームページへのリンク)	
9	割引	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について(別紙5及び別紙20)	

通所介護算定区分確認表

通所介護事業の事業実績を基に下記（ア）、（イ）いずれかの延べ利用者数算出方法により、算定区分を確認してください。

（ア）4月1日現在で事業実績が6か月以上ある事業所用

注：新規指定の場合は、前年度指定分までが6か月以上実績のある事業所になります。

●平均利用延人員数確認表

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計(a)	平均(b)

(a)÷(月数)=(b)

※3月の実績を除き、2月までを記載してください。

【計算方法】

- ①各月ごとに利用延人員数を算出
(平均利用延人員数の計算方法)

通所介護	
3～5時間（2～3時間を含む）	利用者数 × 1/2
5～7時間	利用者数 × 3/4
7～9時間	利用者数 × 1

介護予防通所介護 通所型サービス	
5時間未満	利用者数 × 1/2
5～7時間	利用者数 × 3/4
7～9時間	利用者数 × 1

※ ただし、介護予防通所介護（通所型サービスのみなし指定、通所介護相当サービスを含む。）の利用者については、同時にサービスを受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えありません。

②毎日事業を実施した月においては、当該月の利用延人数にのみ6/7を乗じる（小数点第三位を四捨五入）。

③上記確認表に当てはめて計算する。計(a)を割る「月数」とは、実績のある月数。

※計算の過程で発生した小数点の端数処理は行わない（②を除く）。

（イ）4月1日現在で事業実績が6か月に満たない事業所、新規事業所、前年度から定員を25%以上変更する事業所用

注：新規指定の場合、事業実績が6か月に満たない事業所になります。

●平均利用延人員見込み推計

【計算方法】・・・運営規程の定員×90%×(営業日数/月)=(b)

$$\boxed{\text{(人)}} \times 0.9 \times \boxed{\text{(日)}} = \boxed{\text{(人)}}$$

※運営規程の定員数は、同時に提供できる利用者の上限度であり、単位ごとの定員数とは異なります。

※営業日数は4月1日から3月31日までの見込み平均営業日数を用いてください。

●算定区分

(b) ≤ 750人	通常規模
750人 < (b) ≤ 900人	大規模Ⅰ
(b) > 900人	大規模Ⅱ

通所リハビリテーション算定区分確認表

通所リハビリテーション事業の事業実績を基に下記（ア）、（イ）いずれかの延べ利用者数算出方法により、算定区分を確認してください。

（ア）4月1日現在で事業実績が6か月以上ある事業所用

注：新規指定の場合は、前年度指定分までが6か月以上実績のある事業所になります。

●平均利用延人員数確認表

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計(a)	平均(b)

(a)÷(月数)=(b)

※3月の実績を除き、2月までを記載してください。

【計算方法】

- ①各月ごとに利用延人員数を算出
(平均利用延人員数の計算方法)

通所リハビリテーション	
1～2時間	利用者数 × 1/4
2～3時間、3～4時間	利用者数 × 1/2
4～6時間	利用者数 × 3/4
6～8時間	利用者数 × 1

介護予防通所リハビリテーション	
2時間未満	利用者数 × 1/4
2～4時間	利用者数 × 1/2
4～6時間	利用者数 × 3/4
6～8時間	利用者数 × 1

※ただし、介護予防通所リハビリテーションの利用者については、同時にサービスを受けた者の最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えありません。

②毎日事業を実施した月においては、当該月の利用延人数にのみ6/7を乗じる(小数点第三位を四捨五入)。

③上記確認表に当てはめて計算する。計(a)を割る「月数」とは、実績のある月数。

※計算の過程で発生した小数点の端数処理は行わない(②を除く)。

（イ）4月1日現在で事業実績が6か月に満たない事業所、新規事業所、前年度から定員を25%以上変更する事業所用

注：新規指定の場合、事業実績が6か月に満たない事業所になります。

●平均利用延人員見込み推計

【計算方法】・・・運営規程の定員×90%×(営業日数/月)=(b)

$$\boxed{\text{(人)}} \times 0.9 \times \boxed{\text{(日)}} = \boxed{\text{(人)}}$$

※運営規程の定員数は、同時に提供できる利用者の上限数であり、単位ごとの定員数とは異なります。

※営業日数は4月1日から3月31日までの見込み平均営業日数を用いてください。

●算定区分

(b) ≤ 750人	通常規模
750人 < (b) ≤ 900人	大規模Ⅰ
(b) > 900人	大規模Ⅱ

サービス提供体制強化加算に係る常勤換算数の算定方法（介護福祉士の割合）についての考え方の例

職員名	形態	資格	職種	第1週							第2週							第3週							第4週							第5週					常勤職員が勤務すべき暦月時間数	職種毎の勤務時間	常勤換算数
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
				木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日				
職員A	常勤兼務	介護福祉士	管理者 生活相談員	1	1	公休	有休	1	1	公休	有休	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	公休	1	1	1	1	1	1	1	160	20	0.1					
職員B	常勤兼務	介護福祉士	生活相談員	7	7	公休	有休	7	7	公休	有休	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	公休	7	7	7	7	7	7	7	160	140	0.8					
職員C	常勤専従	介護福祉士	介護職員	8	8	公休	公休	8	8	公休	公休	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40	0.2					
職員D	非常勤専従	初任者研修	介護職員	8	8	公休	公休	8	8	公休	公休	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	120	0.7					
職員E	非常勤専従	初任者研修	介護職員	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	160	80	0.5					
職員F	常勤兼務	看護師	看護職員	6	6	公休	有休	6	6	公休	有休	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	160	120	0.7					
職員G	非常勤専従	看護師	機能訓練指導員 看護職員	2	2	公休	有休	2	2	公休	有休	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	160	40	0.2					
職員G	非常勤専従	看護師	看護職員	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	160	32	0.2					

※常勤職員が勤務すべき暦月の時間数

例) 週40時間勤務としている場合は：40時間×4週＝160時間

職員Bの介護職員としての常勤換算数：120÷160＝0.7（小数第2位以下切り捨て）

職員Cの介護職員としての常勤換算数：160÷160＝1.0

職員Dの介護職員としての常勤換算数：96÷160＝0.6

職員Eの介護職員としての常勤換算数：80÷160＝0.5

※シフトの都合により常勤職員の勤務時間が152時間や168時間となった場合、常勤換算数は1.0とします。

常勤換算における介護職員数：0.7＋1.0＋0.6＋0.5＝**2.8**

常勤換算における介護職員数（介護福祉士）：0.7＋1.0＝**1.7**

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	平均
常勤換算における介護職員数	2.8	...	...	...	...	...	3.0
同、介護福祉士の介護職員数	1.7	...	...	...	...	...	1.6

【参考】

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 第2 用語の定義

指定地域密着型サービスに関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関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 第2 1（7）

常勤換算方法では、常勤職員の有給休暇や出張は、勤務時間にカウントします。

生活相談員として従事した時間は、介護職員としての勤務時間にカウントできません！

29日以降の勤務については勤務時間にカウントしないものとします。

介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合は、**1.6÷3.0＝0.53（5.3%）**

特定事業所集中減算の「正当な理由」の判断基準

正当な理由 1

居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域において、各サービスの事業所数が当該判定期間の初日現在で**5事業所未満**である場合

注) 通常の事業の実施地域とは、「八戸市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準条例」第 21 条に基づき、各事業所で定める実施地域とする。

注) みなし指定である訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの事業所数については、「介護保険サービス事業所一覧(市ホームページ参照)」に記載されている事業所とする。

市ホームページ：<http://www.city.hachinohe.aomori.jp/index.cfm/25,2013,107.html>

トップ>健康・福祉・介護>介護保険>介護保険サービス事業所一覧

正当な理由 2

特別地域居宅介護支援加算を受けている事業所である場合

注) 八戸市は、特別地域ではありません。

正当な理由 3

判定期間の 1 月当たりの居宅サービス計画件数が **20 件以下**であるなど事業所が小規模である場合

正当な理由 4

判定期間の 1 月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が 1 月当たり **平均 10 件以下**であるなど、サービスの利用が少数である場合

正当な理由 5

サービスの質が高い(※1) ことによる**利用者の希望を勘案した場合(※2)** などにより特定の事業者に集中していると認められる場合

以下の要件を満たす事業所を除外して再計算した結果、紹介率最高法人を位置づけた居宅サービス計画数が 80%以下であれば、減算なしとする。

注) 届出書提出時に、「理由書(様式は任意・参考様式あり)」を添付してください。

注) 判断に迷う場合は、「介護サービス事業に係る質問票」等を活用し、当課へ御相談ください。

※1 サービスの質が高い事業所の要件について

以下の(i)又は(ii)の要件を満たしていること。

(i) 紹介率最高法人が、県で平成 28 年度から実施する「青森県介護サービス事業所認証評価制度」により、認証を取得した法人である場合。

(ii) 以下のとおり、各サービスにおける加算を算定している法人である場合。

A 訪問介護

「特定事業所加算 I」又は「特定事業所加算 II」を算定

B 訪問入浴介護

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

C 訪問看護

「看護体制強化加算」又は「サービス提供体制強化加算」を算定

D 訪問リハビリテーション

「サービス提供体制強化加算」を算定

E 通所介護

「サービス提供体制強化加算 I イ」、「サービス提供体制強化加算 I ロ」又は「事業所評価加算」を算定

F 通所リハビリテーション

「サービス提供体制強化加算 I イ」、「サービス提供体制強化加算 I ロ」又は「事業所評価加算」を算定

G 短期入所生活介護

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

H 短期入所療養介護

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

I 特定施設入居者生活介護（短期利用型に限る）

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

J 福祉用具貸与

なし

K 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

L 夜間対応型訪問介護

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

M 地域密着型通所介護

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

N 認知症対応型通所介護

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

O 小規模多機能型居宅介護（短期利用型に限る）

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

P 認知症対応型共同生活介護（短期利用型に限る）

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

Q 地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用型に限る）

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

R 看護小規模多機能型居宅介護（短期利用型に限る）

「サービス提供体制強化加算 I イ」又は「サービス提供体制強化加算 I ロ」を算定

※2 利用者の希望を勘案した場合について

S 通常の事業の実施地域にあるサービス提供事業所のうち、自社の法人とは全く関係のない事業所を3以上紹介し、利用者が選択した理由が確認できる場合

注) 理由として、「慣れたところであるから」「前から利用しているから」等は適当ではありません。当初、利用者がどのような理由でその事業所を選択したのかを理由書に記載してください。

T Sのとおり、事業所を3以上紹介し、選択した事業所から利用を断られた場合（定員超過等）

正当な理由6

その他正当な理由と八戸市が認めた場合

注) 届出書提出時に、「理由書（様式は任意・参考様式あり）」を添付してください。

注) 判断に迷う場合は、「介護サービス事業に係る質問票」等を活用し、当課へ御相談ください。

記入例

居宅介護支援における特定事業所集中減算届出書

平成 28 年 3 月 10 日

八 戸 市 長 殿

法人	名称	社会福祉法人 八戸市会										
	所在地	(〒 031 - 8686) 八戸市内丸〇丁目〇番〇号										
代表者職・氏名	理事長 八戸 太郎	印										
事業所番号	0 2 0 0 0 0 0 0 0 0							電話番号	0178-43-〇〇〇〇			
事業所名	八戸居宅介護支援事業所											
所在地	(〒 031 - 8686) 八戸市内丸〇丁目						対象となる判定期間にチェックマークを記入してください。					
担当者職氏名	管理者・八戸花子											

判定期間	平成	28	年度	<input checked="" type="checkbox"/>	前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計
				<input type="checkbox"/>	後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
判定期間における総居宅サービス計画数						45	48	49	51	47	39	279

訪問介護	訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数		34	36	38	34	34	23	199	a	
	紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		27	28	35	33	25	12	160	b	
	紹介率最高法人の名称		社会福祉法人 八戸市会								
	住所		八戸市内丸〇丁目〇番〇号								
	代表者名		八戸 太郎								
	事業所名1 (事業所番号)		ヘルパーステーションはちのへ西						(0200000001)		
	事業所名2 (事業所番号)		ヘルパーステーションはちのへ東						(0200000002)		
紹介率		$b \div a \times 100$							80.4	%	
紹介率が80%を超えている場合の理由（「正当な理由（別紙）」の判断基準に基づき、該当番号を記入すること。）									5		
訪問入浴介護	再計算結果 (正当な理由5に該当する場合)	判定期間	3月	4月	5月	6月	7月	8月			
		dのうち正当な理由5に該当する居宅サービス計画数	3	4	1	1	2	2	13	b'	
	再計算後の紹介率		$(d-d') \div b \times 100$							79.0	%
	訪問介護		4	4	3	3	3	3	20	c	
	紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数		4	4	3	3	3	3	20	d	
紹介率最高法人の名称		株式会社八戸訪問入浴									
住所		八戸市内丸〇丁目〇番〇号									
代表者名		八戸 次郎									
事業所名1 (事業所番号)		訪問入浴八戸						(0200000001)			
事業所名2 (事業所番号)		()									
紹介率		$d \div c \times 100$							100.0	%	
紹介率が80%を超えている場合の理由（「正当な理由（別紙）」の判断基準に基づき、該当番号を記入すること。）									4		
再計算結果 (正当な理由5に該当する場合)	判定期間	3月	4月	5月	6月	7月	8月				
	dのうち正当な理由5に該当する居宅サービス計画数							0	d'		
再計算後の紹介率		$(d-d') \div c \times 100$							100.0	%	

【届出書の作成にあたっての留意事項】

- 1 「前期」とは、3月1日から8月末日まで、「後期」とは、9月1日から2月末日までの期間とする。
- 2 いずれかのサービスの割合が80%を超えているとき、その割合が80%以下となるサービスを選択して報告すること。
- 3 提出期限（前期は9月15日、後期は3月15日）までに提出すること。
- 4 この書類はすべての居宅介護支援事業所が作成し、提出すること。
- 5 紹介率最高法人の事業所が3つ以上ある場合は、別紙「正当な理由」に記載すること。
- 6 事業所ごとに作成してください。法人単位ではありません。
- 7 「正当な理由」に該当するかどうかは、八戸市が適正に判断します。

※ 太枠内の網掛けされている箇所にご記入ください。提出にあたっては、4ページまとめてご提出ください（両面印刷可）。

※ 届出書の内容について、実地調査等させていただく場合があります。あらかじめご了承ください。

※ 特定事業所集中減算の適用の有無が変更になる場合は、この届出書と一緒に「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙1）」を必ず提出してください。

居宅介護支援における特定事業所集中減算届出書 別紙

記入例

紹介率最高法人の事業所が3つ以上ある場合はこの別紙に記入してください。

事業所番号	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所名	八戸居宅介護支援事業所									
事業所住所	八戸市内丸〇丁目〇番〇号									
担当者名・電話番号	管理者・八戸花子									

判定期間	平成	28	年度	<input checked="" type="checkbox"/> 前期	<input type="checkbox"/> 後期
------	----	----	----	--	-----------------------------

訪問介護	紹介率最高法人の名称	社会福祉法人 八戸市会								
	住所	八戸市内丸〇丁目〇番〇号								
	代表者名	八戸 太郎								
	事業所名3 (事業所番号)	ヘルパーステーションはちのへ中央	(	0200000003)					
	事業所名4 (事業所番号)	ヘルパーステーションはちのへ北	(	0200000004)					
	事業所名5 (事業所番号)	ヘルパーステーションはちのへ南	(	0200000005)					
	事業所名6 (事業所番号)		()					
	事業所名7 (事業所番号)		()					
	事業所名8 (事業所番号)		()					
	事業所名9 (事業所番号)		()					
	事業所名10 (事業所番号)		()					
	事業所名11 (事業所番号)		()					
	事業所名12 (事業所番号)		()					
	紹介率最高法人の名称									
	住所									
	代表者名									
	事業所名3 (事業所番号)		()					
	事業所名4 (事業所番号)		()					
	事業所名5 (事業所番号)		()					
	事業所名6 (事業所番号)		()					
	事業所名7 (事業所番号)		()					
	事業所名8 (事業所番号)		()					
	事業所名9 (事業所番号)		()					
	事業所名10 (事業所番号)		()					
	事業所名11 (事業所番号)		()					
	事業所名12 (事業所番号)		()					
	紹介率最高法人の名称									
	住所									
	代表者名									
	事業所名3 (事業所番号)		()					
	事業所名4 (事業所番号)		()					
	事業所名5 (事業所番号)		()					
	事業所名6 (事業所番号)		()					
	事業所名7 (事業所番号)		()					
	事業所名8 (事業所番号)		()					
	事業所名9 (事業所番号)		()					
	事業所名10 (事業所番号)		()					
	事業所名11 (事業所番号)		()					
	事業所名12 (事業所番号)		()					

介護支援専門員2名、訪問介護の利用者55名、訪問介護事業者(法人)の数4の居宅介護支援事業所の計算例

		どの法人に訪問介護サービスを位置付けたか(分子)												訪問介護のケアプラン(分母)															
		3月				4月				5月				6月				7月				8月							
法人→		A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	3月	4月	5月	6月	7月	8月		
利用者1		1																											
利用者2			1																										
利用者3		1				1																							
利用者4		1				1																							
利用者5		1				1																							
利用者6			1				1																						
利用者7		1				1																							
利用者8		1				1																							
利用者9			1				1																						
利用者10		1				1					1																		
利用者11				1				1			1																		
利用者12		1				1					1																		
利用者13		1				1					1																		
利用者14		1				1					1																		
利用者15		1				1					1						1												
利用者16		1	1			1	1			1	1			1	1							1	1			1	1		
利用者17					1			1		1				1															
利用者18				1				1				1				1													
利用者19		1				1				1				1															
利用者20		1	1			1	1			1				1															
利用者21							1			1																			
利用者22		1				1				1				1															
利用者23		1				1				1				1															
利用者24		1				1				1				1															
利用者25		1				1				1				1															
利用者26		1				1				1				1															
利用者27		1				1				1				1															
利用者28		1				1				1				1															
利用者29			1					1						1															
利用者30		1				1				1				1															
利用者31							1							1															
利用者32		1				1				1				1															
利用者33		1		1		1		1		1				1															
利用者34																													
利用者35		1				1				1				1															
利用者36		1				1				1				1															
利用者37		1				1				1				1															
利用者38							1																						
利用者39																													
利用者40																													
利用者41																													
利用者42																													
利用者43																													
利用者44																													
利用者45																													
利用者46																													
利用者47																													
利用者48																													
利用者49																													
利用者50																													
利用者51																													
利用者52																													
利用者53																													
利用者54																													
利用者55																													
計		27	6	3	1	28	5	5	1	35	3	3	0	33	1	2	0	25	7	2	1	12	8	2	2				

一人の利用者が、同一法人の複数の事業所を利用する場合でも、その法人を位置付けたケアプラン(分子)の数は1となる。

利用者一人につき、ケアプランの数(分母)は、毎月1となる。

一人の利用者が複数の法人からサービスを受ける場合でも、ケアプランの数(分母)は1となる。

法人Aに対する紹介率が一番高い(ケアプランの数が一番多い)ことが最初から明らかでない場合、法人B以下は数える必要はありません。

分母を算出するため、ケアプランの数は必ず数えます。

要介護者のみ(要支援者は含まない)

計	199		
合計			
A	B	C	D
160	30	17	5

紹介率最高法人はA

割合 = $160 \div 199 \times 100 = 80.40201$
 ⇒ 八戸市への届出が必要

(様式2)

理由書

私は介護保険サービスの利用にあたり、下記の理由によりこの事業所を利用することを希望します。

サービス種類	
事業所名	
法人名	
利用開始年月	平成 年 月 日～
選択理由 (いずれかに☑を記入)	<input type="checkbox"/> 正当な理由5：サービスの質が高いことにより利用を希望する <input type="checkbox"/> 正当な理由6：その他やむを得ない事情がある

正当な理由5 サービスの質が高いことにより利用を希望する

(1) 利用者が希望するサービスの質について (いずれかに☑及び理由を記載してください。)

- 「青森県介護サービス事業所認証評価制度」により、認証を取得した法人である。
 各加算を算定している事業所である (別紙1参照)。

【加算名】 ()

- その他

()

(2) (1)を基に、介護支援専門員から紹介・説明を受けたサービス事業所について

① 紹介事業所名

No.	紹介を受けたサービス事業所名	No.	紹介を受けたサービス事業所名
1		4	
2		5	
3		6	

② 紹介・説明に使用された資料 (あてはまる項目に☑及び理由を記載してください。)

- 各サービス事業所のパンフレット
 居宅介護支援事業所が作成した説明資料
 その他 ()

(3) この事業所を希望する理由

()

正当な理由6 その他やむを得ない事情がある

【理由】

()

平成 年 月 日

利用者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄)

居宅介護支援事業所名		担当者名	
------------	--	------	--

※正当な理由5、6の要件については、『別紙1 特定事業所集中減算の「正当な理由」の判断基準』を参照してください。
 ※利用者氏名及び代筆者氏名は直筆で記入してください。

事故報告書

年 月 日

法人名称及び代表者氏名

(氏名)

印

当事業所において、次のとおり事故が発生したので報告します。

事業所 (施設)	事業所名等	事業所名： 所在地： 電話番号：		
	サービス種類			
	管理者氏名		担当者氏名	
利用者	氏名等	氏名： (男・女) 年 月 日生 (歳) 被保険者番号： 要介護度： 住所：		
1 事故の概要		発生年月日： 年 月 日 (曜日) 時 分頃 発生場所： 第1発見者： 事故区分：死亡・けが(骨折・打撲・裂傷・その他)・窒息・溺水・誤嚥・異食・誤薬・ 誤飲・行方不明・その他() 内容：		
2 対応状況		居宅介護支援事業所若しくは地域包括支援センターへの連絡(有・無) 内容：		
3 家族への対応		連絡日： 年 月 日 (曜日) 時 分頃 氏名： (続柄)		

4 事故原因の分析 結果	
5 再発防止策	
6 添付書類	

※ 記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別に記載してください。

※ 必要に応じて参考となる資料を添付してください。

事故報告書（感染症、食中毒、結核等）

年 月 日

法人名称及び代表者氏名
(氏名)

印

当事業所において、次のとおり事故が発生したので報告します。

事業所	事業所名等	事業所名： 所在地： 電話番号：		
	サービス種類			
	管理者氏名		担当者氏名	
1	感染症等名			
2	発生状況及び経過	発生状況・発生経過		
3	発症者数	・利用（入所）者	人中	人（うち死亡者 人） （うち入院者 人）
		・職員	人中	人（うち死亡者 人） （うち入院者 人）
		・その他	人中	人（うち死亡者 人） （うち入院者 人）
4	主な症状			
5	保健所への報告及び対応	報告（ 済 ・ 未 ） 保健所から求められた対応について：		

6 事故原因の分析 結果	
7 再発防止策	
8 添付書類	

※ 記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別に記載してください。

※ 必要に応じて参考となる資料を添付してください。

入所申込者（本人）氏名		性別	男 ・ 女	年齢	
被保険者番号					
介護支援専門員等記入欄					
事業所名					
担当者氏名		電話番号			
評 価 基 準					
要 介 護 度	日常生活自立度	知的障がいの有無		精神疾患（障がい）の有無	
1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	Ⅲa ・ Ⅲb ・ IV ・ M	□ 有 □ 無		□ 有 □ 無	
認知症、知的障がい、精神障がいに伴う症状や行動障害の頻度 頻度 □毎日 □週 4～5回 □週 3～1回 □月 1回 具体的な症状・行動障害（ ）					
在宅サービスの利用率 在宅サービスの利用内容	利用率： % □ 未利用 □ 入院・入所中				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能多型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護				
介護者の状況 <input type="checkbox"/> 身寄りがいない等介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院する等の状況により介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障がいを有する等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っている等、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難 【介護者の具体的状況（本人との関係、居住地、年齢、健康状態、就業状況等）】					
虐待（疑）の有無	□ 有 □ 無	医療行為	□ 有（ ）		
待機年数	□ 5年以上 □ 4年以上 □ 3年以上 □ 2年以上 □ 1年以上 □ 1年未満				
身体状況等について 歩 行…□自力で可 □一部介助 □全介助 □杖を使用 □車いすを使用 食 事…□自力で可 □一部介助 □全介助 □普通食 □特別食（ ） 入 浴…□自力で可 □一部介助 □全介助 排 泄…□自力で可 □一部介助 □全介助 □オムツ □リハビリパンツ □尿取りパッド 視 力…□問題なし □日常生活に支障あり（ ） 聴 力…□問題なし □日常生活に支障あり（ ）					
【特記事項】					

要介護1及び2の方で入所を希望する場合、上記意見書について、八戸市へ情報提供することに

□同意する □同意しない 平成 年 月 日 入所希望者氏名
代筆者氏名 続柄（ ）

(別添様式1)

指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する

開始
変更
休止・廃止

届出書
※1
平成 年 月 日

(あて先) 八戸市長

法人所在地

名 称

代表者氏名

印

基本情報	事業所情報	フリガナ			事業所 番号							
		名称				連絡先	(緊急時)					
		フリガナ										
		代表氏名										
	所在地											
宿泊サービス	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日		
	提供時間	：	～	その他 年間の休日								
	1泊当たりの 利用料金	宿泊		夕食			朝食					
		円		円			円					
人員関係	人員	宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数	人	時間帯での増員(※2)	夕食介助	：	～	：	人			
		朝食介助	：	～	：	人						
		配置する職員の保有資格等	看護職員・介護福祉士・左記以外の介護職員・その他有資格者()									
設備関係	宿泊室	個室	合計	床面積(※3)								
			(室)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)				
			(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)						
		個室以外	合計	場所(※4)	利用定員	床面積(※3)	プライバシー確保の方法(※5)					
			(室)	()	(人)	(m ²)						
				()	(人)	(m ²)						
	()			(人)	(m ²)							
	()	(人)		(m ²)								
	消防設備	消火器	有 ・ 無		スプリンクラー設備			有 ・ 無				
		自動火災報知設備	有 ・ 無		消防機関へ通報する火災報知設備			有 ・ 無				

※1 事業開始前に届け出ること。なお、変更の場合は変更箇所のみ記載すること。

※2 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。

※3 少数第二位まで(少数第三位を四捨五入して)記載すること。

※4 指定通所介護事業所等の設備としての用途を記載すること(機能訓練室、静養室等)。

※5 プライバシーを確保する方法を記載すること(衝立、家具、パーテーション等)。

実地指導を受けられる事業所様へ

1. サービスの質の向上を図る「指導」

介護保険制度の健全で適正な運営の確保を図るため、都道府県・市町村はサービス事業者等に指導監督を行います。保険給付に関して必要がある場合、市町村は事業者等に文書の提出等をもとめることができます。

指導はこれにもとづく措置として、利用者の自立支援と尊厳の保持を念頭に制度管理の適正化とより良いケアの実現に向け、サービスの質の確保・向上を図ることを主眼とします。指導には「集団指導」と「実地指導」があります。

2. 実地指導とは

「実地指導」は、国の指導マニュアル等を活用し、虐待防止や身体拘束廃止等に向けた事業者等の取組みに実地での援助的指導を行うものです。

実地指導の結果、改善事項がある場合や介護報酬の過誤調整が必要な場合は事業者等に通知され、事業者等は都道府県・市町村に報告します。なお、実地指導中に著しい運営基準違反や不正な報酬請求が確認された場合は、ただちに監査を行うこととなります。

3. 実地指導の内容

- (1) 運営指導・・・自己点検シートにもとづくヒアリングやケアプラン点検（行動障害のある利用者の生活実態、虐待防止・身体拘束廃止の取組等）
- (2) 報酬請求指導・・・給付実績の確認（契約書・ケース記録等）

4. スケジュール（例）

9：00 従事者及び担当者自己紹介

9：10 事業所内の設備確認（見学）

9：30 ・ヒアリング
 ・ケアプラン点検
 ・給付実績の確認

ケアプラン点検・給付実績の確認については、基本的には当日準備いただいた書類を各担当がそれぞれ確認し、必要に応じて管理者又は計画作成担当者にお聞きます。

11：30 指導結果の講評

※長時間にわたる場合は、正午で一旦休憩に入り、13：00 から再開します。

（ある程度目途が立っている場合はそのまま続行します。）

裏面もご覧ください。

5. お願い

実地指導当日に確認させていただく書類については、別途お知らせします。

サービス提供の記録については、条例上、その完結の日から5年間の保存が義務付けられております。

実地指導の際確認するケアプラン・介護記録については、前年度以降のサービス提供分を御準備いただきますが、給付実績に疑義が生じた場合、保存期限まで遡って確認いただく場合がありますので、ご承知おきください。

※電子化されている介護記録について

実地指導において、ケース記録等電子的記録により紙で管理されていない書類については、改めて印刷する必要はありませんが、指導当日、事業所において、直接端末を操作して確認させていただいております。また、電子化されている記録については、訂正部分が表示される機能や端末を使用した際のアクセスログ（操作履歴）により意図的な改ざんが出来ない仕組みになっているか、改善の余地があるかどうか等、システム販売元等に確認をお願いいたします。

平成 年 月 日

(あて先) 八戸市介護保険課長

自己評価・外部評価等結果提出届

次のとおり資料を添えて提出します。

サービス種別 (添付書類)	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (別紙1 自己評価・外部評価評価表) <input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 (別紙2-2 事業所自己評価、別紙2-4 サービス評価総括表) <input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 (自己評価、外部評価、目標達成計画) <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (別紙3-3 運営推進会議における評価)
事業所名	
事業所所在地	〒 電話 () FAX ()
管理者氏名	
評価確定日	平成 年 月 日

※以下は記入しないでください

自己評価・外部評価結果等受理書

御中

八戸市介護保険課長

ご提出のありました自己評価・外部評価結果等を受理しました。

評価結果受理日	平成 年 月 日
---------	----------

(収受印押印欄)

各種申請書等の対比表

	県での取扱い	市での取扱い	備考
指定（許可）申請	事業開始日の一月前までに提出	同左	介護予防サービス、サテライト事業所、総合事業を合わせて申請可。
みなし指定	介護給付費請求前に、申請書と付表の提出	同左	通所リハビリテーションについては、事業開始前に設備検査あり
指定（許可）更新申請	勸奨通知あり	指定更新予定事業所一覧表	有効期間一月前が提出期限
変更届出（指定内容）	変更後10日以内	同左	事業所所在地及びび定員増等については、事前協議が必要
変更届出（介護報酬）	訪問・通所系・・・15日以前→翌月 16日以後→翌々月 入居・入所系・・・1日まで→当月 2日以後→翌月	同左	介護予防サービス、サテライト事業所、地域密着型サービスの短期利用、総合事業を合わせて提出可
特定事業所集中減算 （居宅介護支援事業所）	①居宅介護支援事業における特定事業所集中減算に係る届出書（様式1）又は ②居宅介護支援事業における特定事業所集中減算に該当しない旨の届出書（様式3）	①居宅介護支援における特定事業所集中減算届出書（様式1）と②根拠となる資料（理由書（様式2）を含む）	半期に1回全ての事業所の提出が必要
介護職員処遇改善加算	独自様式なし	①誓約書 ②変更届出書 ③介護職員賃金改善等内訳書 ④介護職員に支給した賃金総額一覧	①は計画書提出時に添付、③④は報告書提出時に添付、②は新たな事業所の指定を受けた際に添付
廃止・休止届	廃止・休止一月前までに提出	同左	
指定辞退届	再開後10日以内に提出	同左	
再開届			
事故報告書	東青地域県民局・指導監査課 被保険者の市町村へ提出	市介護保険課 被保険者の市町村へ提出	感染症、食中毒等については、所在地を所管する保健所へ提出