

# 岩見沢市介護予防・日常生活支援総合事業

## 第1号事業（介護予防訪問事業・訪問型サービス A・介護予防通所事業・通所型サービスA）

### 指定手続及び総合事業費算定に係る体制届、 介護職員等処遇改善加算届の手引書

令和7年4月1日改正

#### 目次

#### 第1章 指定手続の概要

- 1 指定事務担当窓口・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1
- 2 指定の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1
- 3 指定後の手続・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 2
  - 変更届必要事項一覧
- 4 申請主体の要件と他法令の届出等・・・・・・・・・・ P 4

#### 第2章 指定基準の概要

- 1 指定基準等・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 4
- 2 介護予防訪問事業指定基準・・・・・・・・・・ P 5
- 3 訪問型サービスA指定基準・・・・・・・・・・ P 6
- 4 介護予防通所事業（利用定員11人以上）指定基準・・・・ P 7
- 5 介護予防通所事業（利用定員10人以下）指定基準・・・・ P 7
- 6 通所型サービスA指定基準・・・・・・・・・・ P 8
- 7 各サービス共通（運営基準）・・・・・・・・・・ P 8

#### 第3章 申請書類の作成方法

- 1 申請（新規）に必要な書類・・・・・・・・・・ P 9
- 2 編纂方法等・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 10
- 3 記載方法、留意事項等・・・・・・・・・・ P 10
- 4 加算について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 14
  - 総合事業費算定に係る体制等に関する届出
  - 介護職員等処遇改善加算に関する届出

## 第1章 指定手続の概要

### 1 指定事務担当窓口

岩見沢市介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の指定に関する事前協議、指定申請書の提出、指定後の各種届出等は、岩見沢市が窓口になります。

|            |                                                                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス<br>種類 | 介護予防訪問事業・訪問型サービスA<br>介護予防通所事業・通所型サービスA                                                                                     |
| 担当窓口       | 岩見沢市健康福祉部高齢介護課介護保険係<br>〒068-8686 岩見沢市鳩が丘1丁目1番1号<br>電話 0126-35-4138 FAX 0126-24-0294<br>開館時間 9時00分～17時30分（土曜・日曜・祝日、年末年始を除く） |

### 2 指定の流れ

岩見沢市では毎月1日に事業所の指定を行います。

#### (1) 指定スケジュール

| ①事前協議                                           | ②申請受付                                                  | 指定日  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|
| 指定日の2ヶ月前の<br>15日まで<br>（15日が休みの場合<br>は、直前の開館日まで） | 指定日の2ヶ月前の16日<br>～1ヶ月前の15日<br>（15日が休みの場合は、直<br>前の開館日まで） | 毎月1日 |

電話予約制

#### ①事前協議（必須）

事前協議では、図面上で介護保険法関係法令に基づく設備基準等の確認を行います。来所の際は、必ず平面図（寸法と各室の面積がわかるもの）及び予定地周辺地図をご持参ください。

なお、設備等は、建築基準法、消防法等関係法令の基準に適合している必要があります。必ず関係窓口にも並行してご相談ください。

|                                                         |                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受付時期<br>指定日の2ヶ月前の<br>15日まで<br>（15日が休みの場合は、<br>直前の開館日まで） | 事前協議を行う場合は、必ず事前に電話で予約のうえ、お越しください。<br>なお、予約状況によっては、ご希望の日時に対応できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。<br>※予約は【高齢介護課介護保険係 電話0126-35-4138】 |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### ②申請書類の事前確認と受付

申請書類は、高齢介護課介護保険係にご持参のうえ提出していただく必要がありますが、申請内容に不備がないか当課職員が事前に確認をし、問題がないことを確認した段階で受け付けます。

（例）6月1日に指定を受ける場合のスケジュール

| ～4/15 | 4/16       | 5/5 | 5/15 | 5/16                  | 5/31 | 6/1 |
|-------|------------|-----|------|-----------------------|------|-----|
| ①事前協議 | ②申請書類の事前確認 |     |      | ④書類審査、現地確認（サービス種別による） |      | ⑤指定 |
|       | ③申請書類の受付   |     |      |                       |      |     |

|                                                          |                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受付時期<br>（指定日の2ヶ月前の16日～1ヶ月前の15日）<br>（15日が休みの場合は、直前の開館日まで） | 申請書類の事前確認を行う場合は、必ず事前に電話で予約のうえ、お越しくください。状況によっては、ご希望の日時に対応できない場合がありますので、余裕を持った日程でお願いします。<br>予約は【高齢介護課介護保険係 電話0126-35-4138】 |
| 注意事項                                                     | 申請書類に不備がある場合、訂正をお願いすることがあります。<br>また、申請期間中に適正な申請書類の提出がないと、事業の指定できない場合があります。郵送による申請は受け付けませんので、あらかじめご了承ください。                |

## (2) 指定

|    |                                                                                                      |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 審査 | 指定要件を満たすかどうか判断するために、サービス種別によっては、現地確認を行います。<br>また、申請時に主要な備品が搬入されていることが必要です。                           |
| 指定 | 審査の結果、指定要件を満たすものと判断された場合に指定します。<br>毎月1日付で指定を行います。指定の日の前に「岩見沢市介護予防・日常生活支援総合事業（新規・更新）指定可否決定通知書」で通知します。 |
| 公示 | 事業所の指定、変更、廃止、休止、再開、取消、改善命令又は効力の停止があった場合は、当該事業者名、所在地、サービスの種類等について公示されます。                              |

## 3 指定後の手続

### (1) 事業者番号

事業者番号は、当該事業者の指定と併せて通知します。

### (2) 総合事業費等の請求の届出

総合事業第一号事業所は、総合事業費等の請求をする場合には、請求方法や受領する振込先口座名等をあらかじめ北海道国民健康保険団体連合会に届け出ることとなっています。

|       |                                                                                            |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 届出先   | 北海道国民健康保険団体連合会審査部介護・障害者支援課<br>〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目<br>電話：011-231-5161 FAX：011-233-2178 |
| 届出事項  | 請求方法（請求媒体）<br>振込先口座名等                                                                      |
| 届出の様式 | 指定のあった月の翌月に北海道国民健康保険団体連合会から送付されます。                                                         |

（参考～総合事業費支払いまでの標準的な事務処理日程）

|       | サービス提供月  | 翌月               | 翌々月      |
|-------|----------|------------------|----------|
| （事業者） | サービス提供 → | （締切日10日）<br>請求 → |          |
| （国保連） |          | 審査 →             | 支払（月末） → |

※総合事業費の請求についての詳細は、上記の北海道国民健康保険団体連合会に問い合わせてください。

### (3) 変更等の届出

事業所の名称、所在地その他の事項に変更があったときは、その旨を市に届出する必要があります。  
変更の際には変更内容が分かる資料をあわせて添付し、いずれも届け出先は高齢介護課介護保険係に、1部提出してください。

| 区分      | 事由                                     | 届出様式                                                                                              |
|---------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 変更届出    | 事業所の名称や運営規定等<br>が変更となった場合、10日<br>以内に届出 | ・変更届出書（様式第三号（一））<br>・訪問型サービス事業所の指定に係る<br>記載事項（付表第三号（一））また<br>は通所型サービス事業所の指定等に<br>係る記載事項（付表第三号（二）） |
| 再開届出    | 事業を再開する場合、10日<br>以内に届出                 | ・再開届出書（様式第三号（二））                                                                                  |
| 廃止・休止届出 | 事業を廃止、休止する場合、<br>1か月前までに届出             | ・廃止・休止届出書（様式第三号（三））                                                                               |

注1 変更届出が必要な事由の詳細は、下記の「変更届必要事項一覧」及び介護保険法施行規則第131条、第133条及び第140条の19を参照してください。

注2 変更届出、再開届出は事由が生じてから10日以内に届出を行うこととされていますが、適正な事業運営を確保する観点から、事前に相談願います。

#### 【変更届必要事項一覧】

| 変更の届け出が必要な事項 |                                           |
|--------------|-------------------------------------------|
| 1            | 事業所(施設)の名称                                |
| 2            | 事業所(施設)の所在地、電話番号、FAX番号（※1）                |
| 3            | 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号                     |
| 4            | 申請者の名称                                    |
| 5            | 申請者の代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所、職名                |
| 6            | 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)の平面図                               |
| 8            | 設備の概要（介護予防通所事業・通所型サービスAのみ）                |
| 9            | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所                    |
| 10           | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所（介護予防訪問事業・訪問型サービスAのみ） |
| 11           | 運営規程（※2）                                  |
| 12           | 総合事業費の請求に関する事項                            |

※1 事業所所在地以外の場所で一部実施する事務所を有するときは、当該事務所を含みます。

※2 利用者の定員の増加に伴うものは、「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」を添付して下さい。

### (4) 指定の更新

サービスの質の確保・向上を目的に指定の更新制が導入され、6年毎に更新を受けなければ、有効期間満了により指定の効力を失うことになり、介護報酬を請求することができなくなります。

指定の更新を受けるためには、指定更新申請をしていただく必要がありますが、人員・設備・運営

などの指定基準を満たしていない場合や、申請法人やその役員等が過去に指定取消処分を受けた場合など、法律上の欠格事由に該当するときは、指定更新を受けることができません。更新の欠格事由は、指定の欠格事由と同様です。

#### 4 申請主体の要件と他法令の届出等

総合事業の第一号事業所としての指定申請と併行して、各法令に基づく所定手続が必要な場合があります。

| サービス種類   | 介護保険法の申請者要件                                           | 社会福祉法上の届出等      | 老人福祉法上の届出                        |
|----------|-------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| 介護予防訪問事業 | 法人                                                    | 不要<br>第2種社会福祉事業 | 必要<br>老人居宅介護等事業                  |
| 介護予防通所事業 | 法人であって、老人福祉法に規定する老人デイサービス事業を行う施設又は老人デイサービスセンターを設置するもの | 不要<br>第2種社会福祉事業 | 必要<br>老人デイサービス事業<br>老人デイサービスセンター |

#### ○ 生活保護法に基づく指定介護機関の指定について

生活保護法第54条の2第2項の規定により、介護保険法の規定による指定又は開設許可がなされた場合には、生活保護法の指定介護機関としても指定を受けたものとみなされます。生活保護法による指定が不要な場合は、岩見沢市健康福祉部保護課（以下「保護課」）へ申出書を提出することで指定を受けないこともできます。ご質問等がありましたら、保護課（0126-23-4111（代表））にお問い合わせください。

## 第2章 指定基準の概要

### 1 指定基準等

指定第1号事業者は、「北海道指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例（平成24年北海道条例第96号）」「北海道指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例施行規則（平成25年北海道規則第28号）」「岩見沢市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号訪問事業及び第1号通所事業の人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める要綱（令和3年3月25日岩見沢市告示第39号）」を遵守しなければなりません。

指定基準の概要はP5～P9のサービス別指定基準を参照するほか、関係法令等を入手の上、内容を把握してください。

指定を受けた後、指導監査により、指定申請に虚偽の内容があったことや、関係法令の規定事項を遵守した適正な事業運営がなされていないことなどが判明した場合には、事業所に対する改善勧告や指定取消等の処分が行われることがあります。

また、指定後に基準を満たさなくなった際には、介護報酬の減算が必要となる場合もありますので、充分留意してください。

## 事業者指定及び介護報酬等に関する主な国の関係法令等

### 基本法

- 介護保険法（平成9年法律第123号）
- 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
- 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

### 事業者関係

- 指定居宅サービス及び指定介護予防サービスに関する基準について(平成11年老企第25号)
- 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号、第80号)

### 介護報酬関係

- 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）
  - 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号）
  - 指定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介護給付費算定に係る体制等に関する届出における留意点について（平成12年老企発第41号）
- ※ ■は指定申請に当たって特に重要と判断される法令等です。事業運営に当たって、上記に記載のない関係法令についても遵守してください。

## 2 介護予防訪問事業指定基準

| 人員基準 | 区分        | 職種・資格                                                                   | 員数                                                                                                                                                         |
|------|-----------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | 従業者       | 訪問介護員等<br>介護福祉士又は法第8条第2項に規定する厚生労働省令で定める者<br>①介護職員初任者研修等修了者<br>②看護師、准看護師 | ・2.5 名以上（常勤換算方法）                                                                                                                                           |
|      | サービス提供責任者 | 訪問介護員等のうち次のいずれかの者<br>①介護福祉士<br>②介護職員実務者研修修了者<br>③看護師、准看護師               | ①常勤の訪問介護員等のうち利用者数（前3月の平均値(新規指定の場合は推定数)）が40 又はその端数を増す毎に常勤1名以上。<br>②利用者数が40人を超える事業所は常勤換算とすることができる。<br>サービス提供責任者の員数＝利用者/40以上(小数第一位に切り上げ)<br>ただし常勤換算する場合、次の員数以 |

|      |                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                 |  | <p>上の常勤のサービス提供責任者を配置すること。</p> <p>・利用者数 41～200 人 常勤換算しない場合に必要となるサービス提供責任者の数から 1 を減じた数以上</p> <p>・利用者数 200 人～ 常勤換算しない場合に必要となるサービス提供責任者の数×2/3 以上(小数第一位に切り上げ)</p> <p>③常勤 3 名以上かつ専従 1 名以上配置している場合は、利用者数が 50 又はその端数を増す毎に 1 名以上とすることができる。</p> <p>④訪問介護への提供に支障がなければ、同一敷地内にある指定定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所の職務に従事することができる。</p> |
|      | 管理者                                                                                             |  | <p>・常勤専従 1 名</p> <p>管理上支障がない場合、当該事業所の他職務又は他事業所、施設の職務に従事可。</p>                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 設備基準 | <p>・必要な広さの専用区画（利用申込の受付、相談等に対応できるスペース）</p> <p>・必要な設備及び備品等（手指を洗浄するための手洗い場、利用者の個人情報保管する鍵つき書庫等）</p> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### 3 訪問型サービス A 指定基準

| 人員基準 | 区分                                                                                              | 職種・資格                                                                   | 員数          |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|
|      | 従業者                                                                                             | <p>①介護福祉士</p> <p>②介護職員初任者研修等修了者</p> <p>③介護職員実務者研修修了者</p> <p>④市研修修了者</p> | ・必要数（1 名以上） |
|      | サービス提供責任者                                                                                       | 従事者に同じ                                                                  | ・必要数（1 名以上） |
|      | 管理者                                                                                             |                                                                         | ・専従 1 名以上   |
| 設備基準 | <p>・必要な広さの専用区画（利用申込の受付、相談等に対応できるスペース）</p> <p>・必要な設備及び備品等（手指を洗浄するための手洗い場、利用者の個人情報保管する鍵つき書庫等）</p> |                                                                         |             |

#### 4 介護予防通所事業（利用定員 11 人以上）指定基準

| 人員基準 | 区分                                                                                                   | 職種・資格     | 員数                                                                                                 |             |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|      | 従業者                                                                                                  | 生活相談員     | ・提供時間数を通じて専従 1 名以上                                                                                 | うち 1 名以上は常勤 |
|      |                                                                                                      | 介護職員      | ・単位毎に提供時間数に応じて専従 1 名以上<br>・利用者数が 15 人を超える場合は、15 人を超える部分の利用者の数を 5 で除した数に 1 を加えた数以上<br>・単位毎に常時 1 名以上 |             |
|      |                                                                                                      | 看護師又は准看護師 | ・単位毎に専従 1 名以上                                                                                      |             |
|      |                                                                                                      | 機能訓練指導員   | ・1 名以上<br>理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ、指圧師の資格を有する者                                       |             |
|      | 管理者                                                                                                  |           | ・常勤専従 1 名<br>管理上支障がない場合、当該事業所の他職務又は他事業所、施設の職務に従事可。                                                 |             |
| 設備基準 | 食堂及び機能訓練室                                                                                            |           | ・合計面積が、利用定員 × 3 ㎡以上<br>・食事の提供、機能訓練に支障がない場合は、食堂及び機能訓練室が同一の場所でも可能                                    |             |
|      | 相談室                                                                                                  |           | 遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないようにすること。                                                                    |             |
|      | 事務室は必要な広さの専用区画を有すること。<br>静養室は利用者が静養するのに必要な広さを確保すること。                                                 |           |                                                                                                    |             |
|      | ・消火設備その他災害に際して必要な設備（消防法その他の法令等に規定された設備を設置すること。）<br>・指定通所介護の提供に必要な設備及び備品等（送迎車、便所、利用者の個人情報を保管する鍵つき書庫等） |           |                                                                                                    |             |
|      | 上記設備は当該事業所専用とすること（サービスの提供に支障がない場合は兼用可能）                                                              |           |                                                                                                    |             |
|      |                                                                                                      |           |                                                                                                    |             |

#### 5 介護予防通所事業（利用定員 10 人以下）指定基準

| 人員基準 | 区分      | 職種・資格                                                        | 員数                     |             |
|------|---------|--------------------------------------------------------------|------------------------|-------------|
|      | 従業者     | 生活相談員                                                        | ・提供時間数に応じて専従 1 名以上     | うち 1 名以上は常勤 |
|      |         | 介護職員、看護師又は准看護師                                               | ・単位毎に提供時間数に応じて専従 1 名以上 |             |
|      |         |                                                              | ・単位毎に常時 1 名以上          |             |
|      | 機能訓練指導員 | ・1 名以上<br>理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ、指圧師の資格を有する者 |                        |             |
| 管理者  |         | ・常勤専従 1 名<br>管理上支障がない場合、当該事業所の他職務又は他事業所、                     |                        |             |



|      |                                                                                                      |                                                              |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                      | 施設の職務に従事可。                                                   |
| 設備基準 | 食堂及び機能訓練室                                                                                            | ・合計面積が、利用定員×3㎡以上<br>・食事の提供、機能訓練に支障がない場合は、食堂及び機能訓練室が同一の場所でも可能 |
|      | 相談室                                                                                                  | 遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないようにすること。                              |
|      | 事務室は必要な広さの専用区画を有すること。<br>静養室は利用者が静養するのに必要な広さを確保すること。                                                 |                                                              |
|      | ・消火設備その他災害に際して必要な設備（消防法その他の法令等に規定された設備を設置すること。）<br>・指定通所介護の提供に必要な設備及び備品等（送迎車、便所、利用者の個人情報を保管する鍵つき書庫等） |                                                              |
|      | 上記設備は当該事業所専用とすること（サービスの提供に支障がない場合は兼用可能）                                                              |                                                              |

## 6 通所型サービスA指定基準

| 人員基準 | 区分                                                                                                 | 職種・資格 | 員数                                                                           |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------|
|      | 従事者                                                                                                |       | ・利用者数が15人までの場合にあっては1名以上<br>・利用者数が15人を超える場合、15人を超える部分の利用者数を10で除して得た数に1を加えた数以上 |
|      | 管理者                                                                                                |       | ・常勤専従1名<br>管理上支障がない場合、当該事業所の他職務又は他事業所、施設の職務に従事可。                             |
| 設備基準 | サービスを提供するために必要な場所                                                                                  |       | ・合計面積が、利用定員×3㎡以上                                                             |
|      | 事務室は必要な広さの専用区画を有すること。                                                                              |       |                                                                              |
|      | ・消火設備その他災害に際して必要な設備（消防法その他の法令等に規定された設備を設置すること。）<br>・通所型サービスAの提供に必要な設備及び備品等（便所、利用者の個人情報を保管する鍵つき書庫等） |       |                                                                              |
|      | 上記設備は当該事業所専用とすること（サービスの提供に支障がない場合は兼用可能）                                                            |       |                                                                              |

## 7 各サービス共通（運営基準）

|                |                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 設備基準<br>（一部抜粋） | <p>（虐待の防止）虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催、指針の整備、定期的な研修の実施、担当者の設置を行うこと。</p> <p>（業務継続計画）感染症および非常災害発生時の業務継続計画を策定し、研修および訓練を定期的の実施しなければならない。</p> <p>（衛生管理）職員等の清潔の保持、健康管理については必要な管理を行う。施設、設備等について、衛生的な管理に努める。</p> <p>感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の開催、指針の整</p> |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>備、定期的な研修及び訓練を実施する。</p> <p>（非常災害対策）非常災害に関する具体的計画を立て、関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。※通所のみ</p> <p>（身体拘束）生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除いて身体的拘束等を行ってはならない。</p> <p>（秘密保持等）サービス従業者（であった者）は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者または家族の秘密を漏らしてはいけない。</p> <p>（事故発生時の対応）サービス提供により事故が発生した場合は、市・家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況・事故の際にとった処置について記録する。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う。</p> <p>（サービス提供困難時の対応）事業実施地域等の関係で適切な提供が困難な場合、介護予防支援事業者への連絡や他の事業所等の紹介を行う。</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 常勤とは、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする。)に達していることをいう。同一事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものである。

※ 常勤換算方法とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数(32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする)で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法。

### 第 3 章 申請書類の作成方法

#### 1 申請（新規）に必要な書類

| 番号 | 指定(許可)申請書類                         | 形態         | 介護予防訪問事業・訪問型サービス A | 介護予防通所事業・通所型サービス A |
|----|------------------------------------|------------|--------------------|--------------------|
| 1  | 指定申請書                              | 様式第三号（四）   | ○                  | ○                  |
| 2  | 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項              | 付表第三号（一）   | ○                  |                    |
|    | 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項              | 付表第三号（二）   |                    | ○                  |
| 3  | 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項 添付書類・チェックリスト | 別添         | ○                  |                    |
|    | 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項 添付書類・チェックリスト | 別添         |                    | ○                  |
| 4  | 申請者の登記事項証明書又は条例等                   | 登記事項証明書は原本 | ○                  | ○                  |
| 5  | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表                  | 標準様式 1     | ○                  | ○                  |

|    |                                     |              |   |   |
|----|-------------------------------------|--------------|---|---|
| 6  | サービス提供責任者の経歴<br>※介護予防訪問介護相当サービス     | 参考様式         | ○ |   |
| 7  | 事業所の平面図等                            | 標準様式 2       | ○ | ○ |
| 8  | 設備・備品等一覧表                           | 標準様式 3       |   | ○ |
| 9  | 運営規程（重要事項説明書を含む）                    | 自己作成         | ○ | ○ |
| 10 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要            | 標準様式 4       | ○ | ○ |
| 11 | 誓約書                                 | 標準様式 5       | ○ | ○ |
| 12 | 資格を証明する書類等                          | 原本写し         | ○ | ○ |
| 13 | 雇用契約書、雇用確約証明書<br>又は雇用証明書            | 参考様式<br>参考様式 | ○ | ○ |
| 14 | 建築基準法に基づく検査済証及び消防法に基づく消防用設備等検査済証の写し | 原本写し         |   | ○ |
| 15 | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書     | 別紙50         | ○ | ○ |
| 16 | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表       | 別紙 1－4       | ○ | ○ |

## 2 編纂方法等

### (1) ファイリング

- ・書類は、一括してフラットファイルに綴ってください。

フラットファイルの規格 A4版（A4－S）2穴

- ・綴じる順番は、「添付書類・チェックリスト」（別添）のとおり、上から順に綴って下さい。
- ・複数の事業を一括して申請する場合でも、事業ごとに作成し、それぞれフラットファイルに綴ってください。
- ・「添付書類」は、添付書類番号順に並べ、書類と書類の間には、添付書類番号を記入したインデックスを付けた界紙を入れてください。

### (2) 提出先・提出部数

高齢介護課介護保険係に1部提出してください。

（申請者保管用として、副本を作成し保管してください。）

## 3 記載方法、留意事項等

### (1) 指定申請書の記載方法

○指定申請書は、各サービス共通です。

○作成に当たっては、指定申請書の「備考」欄を参照してください。

### (2) 付表の記載方法

○作成に当たっては、各付表の「備考」欄を参照してください。

- 事業所名称は、正式名称を記載してください。
- 事業所所在地は、ビル等の名称まで正確に記入してください。

### (3) 添付書類・チェックリストの記載方法

- 各サービス共通です。必要書類の添付の状況について記載してください。
- 複数の事業について申請を行う場合は、事業ごとに別葉で作成してください。

### (4) 添付書類作成の留意事項等

P9の指定(許可)申請に必要な書類一覧で申請する事業の必要書類を確認してください。

各書類の作成に当たっては、次表の事項に留意してください。

| 書類区分                                | 形態                  | 提出書類・作成上の留意事項                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請者の登記簿<br>謄本又は条例等                  | 写し又は原本              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○登記事項証明書については、原本を添付してください。</li> <li>○同時に複数の事業所の指定申請をする場合、複写したものに「原本は〇〇事業所の指定申請書に添付 岩見沢市健康福祉部高齢介護課介護保険係へ提出」と記載し、原本謄写することでも差支えありません。</li> </ul>                                                                                               |
| 従業者の勤務体制及び勤務<br>形態一覧表               | 標準様式 1              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○事業開始予定日から4週分の予定について記載して下さい。</li> <li>○管理者及び従業者全員について、毎日の勤務時間数を記載してください。</li> <li>○2以上の職種を兼務する従業者については、それぞれの時間を按分して記載してください。</li> <li>○標準様式1の備考を参照してください。</li> </ul>                                                                        |
| サービス提供責任者の経歴<br>※介護予防訪問<br>介護相当サービス | 参考様式                | <ul style="list-style-type: none"> <li>○参考様式の備考を参照してください。</li> <li>○次の書類に代えることが可能です。</li> <li>(1) 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」</li> <li>(2) 介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」</li> <li>(3) 訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」</li> </ul> |
| 事業所の平面図                             | 標準様式2又は既存図面等を基に自己作成 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○標準様式を使用する場合<br/>標準様式2の備考を参照してください。</li> <li>○自己作成する場合<br/>規格：A4又はA3(A3の場合は折り畳んで編集)用途及び面積を明示してください。</li> <li>○事業所の外観(入り口等が利用者にとってわかりやすいか)及び内部(機能訓練室、相談室、浴室、居室等)の広さや様子の分かるような写真(A4の台紙に張り付けたもの)を添付してください。</li> </ul>                          |
| 設備・備品等一覧表                           | 標準様式3               | <ul style="list-style-type: none"> <li>○標準様式3の備考を参照してください。</li> <li>○消耗品は記載不要です。</li> </ul>                                                                                                                                                                                        |

|                          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | 写真       | <p>○規格：A 4 の台紙に貼り付け、名称等を記載</p> <p>○撮影が必要な設備等</p> <p>① 送迎用車両</p> <p>② 消防法に基づく検査済証を提出する場合は検査済証に記載されている設備（消火器・誘導灯等）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 運営規程                     | 自己作成     | <p>○P13の「運営規程における規定事項一覧」で必要事項を確認のうえ、具体的にわかりやすく策定してください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 標準様式 4   | <p>○次の事項について、具体的に記載してください。</p> <p>①利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口・担当者の設置（担当者名や連絡先）</p> <p>②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順</p> <p>③苦情があった事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合記入）</p> <p>④その他参考事項（従業員への周知方法等）</p>                                                                                                                                                                                                         |
| 誓約書                      | 標準様式 5   | <p>○サービスに応じ、法第115条の45の5第2項に該当していないか確認し、申請者が誓約します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 資格を証明する書類                | 写し       | <p>○従業員の資格を確認する資料として必要となりますので、国家資格証等の資格を証明する書類の写しを添付してください。</p> <p>○「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した従業員の氏名順にそろえて添付してください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 雇用契約書又は雇用証明書（雇用確約証明書）    | 写し又は参考様式 | <p>○付表に記載した従業員の雇用を確認する資料として必要です。</p> <p>○雇用契約書がある場合<br/>その写しを添付してください。</p> <p>○採用前で雇用契約書がない場合<br/>雇用確約証明書（参考様式の備考を参照）を提出してください。<br/>後日、雇用契約書又は雇用証明書（参考様式）を提出してください。</p> <p>○採用後で雇用契約書がない場合<br/>雇用証明書を提出してください。</p> <p>○「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した従業員の氏名順にそろえて添付してください。</p> <p>○被雇用者の住所、氏名の記載及び押印は被雇用者本人が行ってください。</p> <p>○「勤務事務所」、「勤務事務所のサービス種類」、「被雇用者が従事する職種」、「勤務形態」には指定日以降に予定されているものを記載してください。</p> |

|                                 |       |                                                                                                          |
|---------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 建築基準法・消防法の検査済証等                 | 写し    | ○建築基準法の検査済証等<br>・建築物<br>・昇降機（エレベーター）<br>○消防法の消防用設備等検査済証等                                                 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書 | 別紙50  | 総合事業費の請求に関する事項です。<br>○新規申請時は、必ず添付してください。<br>○届出が必要な加算を申請する場合には、書類（様式については、岩見沢市のホームページを参照して下さい）を添付してください。 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表   | 別紙1－4 |                                                                                                          |

#### 運営規程における規定事項一覧

| サービス種類            | 運営規程に規定する事項                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護予防訪問事業・訪問型サービスA | ①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③営業日及び営業時間<br>④指定介護予防訪問事業（訪問型サービスA）の内容及び利用料その他の費用の額<br>⑤通常の事業の実施地域<br>⑥緊急時等における対応方法<br>⑦虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑧その他運営に関する重要事項                                                               |
| 介護予防通所事業・通所型サービスA | ①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③営業日及び営業時間<br>④指定介護予防通所事業（通所型サービスA）の利用定員<br>⑤指定介護予防通所事業（通所型サービスA）の内容及び利用料その他の費用の額<br>⑥通常の事業の実施地域<br>⑦サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧緊急時等における対応方法<br>⑨非常災害対策<br>⑩虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑪その他運営に関する重要事項 |

## 4 加算について

指定申請時、所定の要件を満たしていることを届け出ることにより、指定日から算定できる加算があります。

### (1) 指定日から届け出ることができる加算

【介護予防訪問事業】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）、生活機能向上連携加算、口腔連携強化加算、介護職員等処遇改善加算

【訪問型サービスA】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）、介護職員等処遇改善加算

【介護予防通所事業】生活機能向上グループ活動加算、若年性認知症利用者受入加算、栄養アセスメント加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算、生活機能向上連携加算、口腔・栄養スクリーニング加算、科学的介護推進体制加算、介護職員等処遇改善加算

【通所型サービスA】介護職員等処遇改善加算

### (2) 添付書類

加算の要件を満たしていることを確認するために添付書類が必要な加算があります。添付書類については、次のとおりです。

#### ●総合事業費算定に係る体制等に関する届出

提出期日：毎月15日以前に届出⇒翌月から算定可能、毎月16日以降に届出⇒翌々月から算定可能

#### 【総合事業費算定に係る体制等に関する届出書一覧】

| 様 式 名                                  | 形 態    | 備 考                                    |
|----------------------------------------|--------|----------------------------------------|
| 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書        | 別紙50   |                                        |
| 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表          | 別紙1－4  |                                        |
| 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表                     | 標準様式1  |                                        |
| 介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について | 別紙51   |                                        |
| サービス提供体制強化加算に関する届出書                    | 別紙14-7 | 介護予防通所事業のみ                             |
| 訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書           | 別紙10   | 介護予防訪問事業のうち、同一敷地内建物等に居住する者への提供90%以上の場合 |
| 口腔連携強化加算に関する届出書                        | 別紙11   | 介護予防訪問事業のみ                             |

#### ●介護職員等処遇改善加算に関する届出

##### ①計画書の提出期限

・加算を取得する年度の指定された期日までに、また、年度の途中は加算を取得しようとする月の前々月の末日までに届け出てください。

- ・複数の事業所を開設している場合は、事業所ごとに「総合事業費算定に係る体制等に関する届出書」及び「総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」を作成・添付して届け出てください。

②総合事業費算定に係る体制等に関する届出書の取り扱い

○届出が必要な場合

- ・加算を取得していなかったが、新たに加算を取得する場合
- ・従前の加算区分から変更となる場合

○届出が不要の場合

- ・従前の加算区分から変更がない場合

③実績報告の提出期限

- ・当該年度に加算の算定をした全ての法人（事業者）について、介護職員等処遇改善実績報告の提出が必要です。

なお、当該年度の途中で廃止された場合や介護職員等処遇改善加算の算定を終了された場合も提出が必要なので、ご注意ください。

※最終の加算の支払いがあった翌々月の末日までに、実績報告書をご提出ください。

④提出先

○介護給付と訪問型サービス又は通所型サービスを一体的に実施している場合

- ・事業所ごとに所在地の総合振興局（振興局）と市には写しを提出してください。

○訪問型サービス又は通所型サービスのみの場合

- ・市に提出してください。

**【介護職員等処遇改善加算に関する届出書】**

様式については、岩見沢市のホームページを参照してください。

※詳細は、「介護職員等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（令和7年度分）」（令和7年2月7日付け老発0207第5号厚生労働省老健局長通知）及び「介護職員等処遇改善加算に関するQ&A（第1版）」をご覧ください。