C　指定手続き等

〔申請・届出先〕

事業所の所在地		届　出　先
東部	松江市	松江市役所　介護保険課 〒690-8540　松江市末次町８６ TEL　０８５２－５５－５９３５ FAX　０８５２－５５－６１８６
	出雲市　奥出雲町 安来市　飯南町 雲南市　隠岐郡	島根県高齢者福祉課 〒690-8501　松江市殿町１　県庁第二分庁舎１階 TEL　０８５２－２２－５７９８ FAX　０８５２－２２－５２３８
西部	浜田市　邑智郡 益田市　鹿足郡 大田市 江津市	島根県地域福祉課石見指導監査室 〒697-0041　浜田市片庭町２５４　浜田合庁別館３階 TEL　０８５５－２９－５５８０・５５６７ FAX　０８５５－２９－５５４７

※業務管理体制の届出は、別に定めるところによる。

〔様式掲載場所〕

◎所定の様式は、島根県高齢者福祉課ホームページ［介護保険（事業者の皆様へ)］に掲載
http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kaigo_hoken/
◎松江市については、松江市介護保険課ホームページをご覧ください

注　意

・資格証が旧姓である場合などは、各種提出書類の記載内容と、添付してある「資格証の写し」が一致せず、定められた資格要件に合致しているか確認できませんので、各資格で定められた氏名等の変更手続きを適正に行ってください。
・訪問介護員研修修了証など、氏名等の変更手続きがないものについては、申請者(事業者)で、「資格者の写し」の書面に、その旨を記載して、提出してください。

（記載例）□□□□は令和△年△月△日に■■□□に改姓
令和〇年〇月〇日
島根県〇〇市〇〇町〇番〇号
〇〇株式会社　代表取締役　〇〇〇〇

１．指定申請

◎新規に指定を受ける場合は、事業開始予定日の１月前までに、指定申請を行うこと。（法第70条①・施行規則第119条）

◎下記表において〇の書類を添付すること。

◎共生型通所介護を行う場合、障害福祉と介護保険で相互に共通又は類似する項目については、指定の際に申請書の記載又は書類の提出の省略が可能な事項を基本としつつ、省略又は簡素化できることとする。（介護保険法施行規則第119条第2項）

提出書類		留意事項
1	指定（許可）申請書 （第１号様式）	
2	付表６	
3	申請者（開設者）の登記事項証明書又は条例等※	・介護保険に関する事業を実施する旨の記載のある登記事項証明書（原本） ・条例にあっては、公報の写し ※既存の定款等で、指定申請する事業が実施できるかどうか、事前に法人所轄庁に確認すること
4	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （参考様式１）	＜次の書類を添付すること＞ 〇資格証の写し（生活相談員・看護職員・機能訓練指導員） 〇職員の採用が分かる書類（雇用契約書等の写し） 〇雇用保険被保険者証の写し 〇組織図（法人の中での当該事業所の位置づけが分かるもの）
5	事業所平面図※ （参考様式３）	・事業所の平面図に各室の用途及び面積を記載すること ・当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等により、使用関係を分かりやすく表示すること ・平面図の余白に備品等を記載するか、備品等一覧を添付すること（消防法等で義務づけられた設備を含む） ＜次の書類を添付すること＞ 〇事業所の外観及び内部（設備基準で義務づけられた設備・備品等）が分かる写真
6	運営規程	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 （参考様式６）※	
8	サービス提供実施単位一覧表（参考様式７）	
9	事業所位置図	
10	誓約書（参考様式９－１）	
11	障害福祉サービスの指定通知書の写し	（共生型の指定を受ける場合のみ）
12	指定通所介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていることがわかる書類	（共生型通所介護の場合のみ） ・技術的支援を受けている事業所名及び事業所所在地、具体的な技術的支援の内容を説明する書類（様式任意）

※：共生型通所介護については提出を省略できる。

◎申請書の提出に合わせて、下記の届出を提出すること。

■介護給付費算定に係る体制等に関する届出（加算届）…加算等がない場合でも必要
■業務管理体制に係る届出書　…法人ごとの届出なので、既提出の場合は不要

２．指定更新申請

◎指定更新の場合は、指定期間満了日の１月前までに、指定更新申請を行うこと。（法第70条の2①）

◎指定更新にあたって、既に提出している事項に変更が生じている場合で 、変更届がなされていないときは、必ず変更届を提出した上で、更新手続きを行うこと。

提出書類		留意事項
１	指定（許可）更新申請書 （第１０号様式）	
２	付表６	
３	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （参考様式１）	＜次の書類を添付すること＞ 〇資格証の写し（生活相談員・看護職員・機能訓練指導員）
４	誓約書 （参考様式９－１）	
５	障害福祉サービスの指定（更新）通知書の写し	（共生型通所介護の場合のみ）

３．変更届

◎下表の事項に変更があった場合は、変更日から１０日以内に、変更届を提出すること。（法第75条①・施行規則第131条）

◎運営規程中の「従業者の職種・員数及び職務の内容」に関する変更については、４月の配置状況を前年度４月の配置状況と比較し、増減がある場合に５月末までに届出を行うこと。

◎下記一覧表３又は４を変更する場合は、法人単位で業務管理体制の変更届出が必要となるため、忘れずに提出すること。

変更事項と添付提出書類の一覧表

変更届出書（第３号様式）の「(番号)変更があった事項」欄 ＼ 変更届出書の添付提出書類		① 付表６	② 勤務形態一覧表	③ 誓約書	④ 事業所位置図	⑤ 登記事項証明書等	⑥ 事業所平面図	⑦ 運営規程
1	事業所の名称	○						○
2	事業所の所在地	○			○		○	○
3	法人の主たる事務所の名称及び所在地					○		
4	法人の代表者の職氏名、生年月日及び住所			○		○		
5	登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）					○		
6	事業所の建物の構造、専用区画等	○					○	
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	○	○	○				
10	運営規程	○	△					○
20	その他（付表の記載事項の変更）	○						

○印：変更届出書（様式第３号）左欄の変更事項に応じて、添付が必要な書類等

△印：運営規程の変更内容が、人員・勤務形態に全く影響を及ぼさないものである場合は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の添付は不要

	提出書類	留意事項
	変更届出書（第３号様式）	
①	付表６	
②	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式１）	※資格が必要な職員について、既提出分の一覧と異なる場合は、「資格証の写し」を添付すること
③	誓約書（参考様式９－１）	
④	事業所位置図	
⑤	登記事項証明書等	・原本を添付すること
⑥	事業所平面図（参考様式３）	（指定申請と同様）
⑦	運営規程	・新旧の変更箇所を明示したもの ※法人の名称、事業所の名称・所在地の変更などにより、運営規程の変更が必要になる場合もある

４．廃止・休止・再開の届出

◎事業を廃止・休止する場合は、廃止・休止日の１月前までに、廃止・休止の届出を行うこと。
（法第75条②・施行規則第131条④）

提出書類	留意事項
廃止・休止届出書 （第４号様式）	

◎指定を受けた法人や開設者（申請者）が変更になる場合は、当該事業所は廃止の扱いとなるので、廃止の届出を行うほか、新たに指定申請の手続きを行うこと。

◎休止した事業を再開する場合は、再開日の１０日以内に、再開の届出を行うこと。（法第75条①・施行規則第131条③）

	提出書類	留意事項
１	再開届出書 （第３号の２様式）	
２	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （参考様式１）	＜次の書類を添付すること＞ 〇資格証の写し（生活相談員・看護職員・機能訓練指導員）

★休止中の事業所は、指定更新ができず、指定期間満了日をもって廃止となるので、注意すること。
なお、その場合も、廃止届を提出すること。

〔運営基準等に関するＱ＆Ａ(H13.3.28)〕
【Ｉの１】A法人がB法人に吸収合併され、吸収合併の日にA法人の事業所をB法人が引き継ぐ場合は、B法人の事業所として新規に指定申請を行うのか。それとも、変更届の提出（申請者も名称変更等により取り扱って差し支えないか。
（答）　B法人の事業所として申請に基づき指定を行う必要がある。
なお、吸収合併の日と指定の日に差が生じてサービス提供の空白期間が発生し、利用者が不利益を被ることのないよう事業者に対して相当の期間をもって申請を行うよう指導されたい。

〔運営基準等に関するＱ＆Ａ(H13.3.28)〕
【Ｉの２】有限会社が株式会社へと組織変更を行う（人員，設備基準に変更なし）場合、株式会社として新規に指定申請を行うのか。人員，設備基準には変更がないことから変更届の提出により取り扱って差し支えないか。
（答）　会社の組織変更の場合、会社の法人格は前後同一であるため，変更届出によることとして差し支えない。

〔運営基準等に関するＱ＆Ａ(H13.3.28)〕
【Ｉの４】例えば、平成１２年７月３１日まで事業を行い、平成１２年８月１日午前零時をもって事業休止又は廃止する場合の休止・廃止届出に記載する。「休止又は廃止の年月日」は如何。
（答）　平成12年７月31日と記載するのが適当である。

第1号様式

指定居宅サービス事業所
指定介護予防サービス事業所
介護保険施設

指定（許可）申請書

年　　月　　日

知事　殿

所在地

申請者　名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）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。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村				
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号		
		Email				
	法人等の種類					
	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　　－　　） 都道府県　　市区町村				
法人の吸収合併又は吸収分割における指定（許可）申請時に☑						☐

指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類		同一所在地において行う事業等の種類	共生型サービス申請時に☑	指定（許可）申請対象事業等（該当事業に○）	既に指定（許可）を受けている事業等（該当事業に○）	指定（許可）申請をする事業等の開始予定年月日	様式
	指定居宅サービス	訪問介護	☐				付表1
		訪問入浴介護					付表2
		訪問看護					付表3
		訪問リハビリテーション					付表4
		居宅療養管理指導					付表5
		通所介護	☐				付表6
		通所リハビリテーション					付表7
		短期入所生活介護	☐				付表8
		短期入所療養介護					付表9
		特定施設入居者生活介護					付表10
		福祉用具貸与					付表11
		特定福祉用具販売					付表12
	施設	介護老人福祉施設					付表13
		介護老人保健施設					付表14
		介護医療院					付表15
	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護					付表2
		介護予防訪問看護					付表3
		介護予防訪問リハビリテーション					付表4
		介護予防居宅療養管理指導					付表5
		介護予防通所リハビリテーション					付表7
		介護予防短期入所生活介護	☐				付表8
		介護予防短期入所療養介護					付表9
		介護予防特定施設入居者生活介護					付表10
		介護予防福祉用具貸与					付表11
		特定介護予防福祉用具販売					付表12

介護保険事業所番号		（既に指定又は許可を受けている場合）
医療機関コード等		（保険医療機関として指定を受けている場合）

＊　裏面に記載に関しての備考があります。

備考　1 「指定（許可）申請対象事業等」「既に指定（許可）を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
3 既に居宅サービス事業所または介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
4 法人等の種類は、「社会福祉法人（社協以外）」、「社会福祉法人（社協）」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人（NPO）」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体（都道府県）」、「地方公共団体（市町村）」、「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
5 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

第3号様式

変更届出書

年　　月　　日

知事　殿　　所在地

申請者　　名称

代表者職名・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。

		介護保険事業所番号
指定内容を変更した事業所等		名称
		所在地
サービスの種類		
変更年月日		年　　月　　日
変更があった事項（該当に○）		変更の内容
	事業所（施設）の名称	（変更前）
	事業所（施設）の所在地	
	申請者の名称	
	主たる事務所の所在地	
	法人等の種類	
	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所	
	登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）	
	共生型サービスの該当有無	
	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	
	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）	
	利用者の推定数	
	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 （介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。）	
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	（変更後）
	運営規程	
	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	
	事業所の種別	
	提供する居宅療養管理指導の種類	
	事業実施形態 （本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床型・併設型の別）	
	利用者、入所者又は入院患者の定員	
	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）	
	併設施設の状況等	
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	

備考　1「（参考）変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。
2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の（変更前）と（変更後）欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

第3号の2様式

再開届出書

年　　月　　日

知事　殿

所在地

申請者　　名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
再開した事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
再開した年月日	年　　月　　日	

備考　事業の再開に係る届出にあっては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）を添付してください。

第4号様式

廃止・休止届出書

年　　月　　日

知事　殿　　所在地

申請者　　名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

	介護保険事業所番号
廃止（休止）する事業所	名称
	所在地
サービスの種類	
廃止・休止の別	廃止　・　休止
廃止・休止する年月日	年　　月　　日
廃止・休止する理由	
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置	
休止予定期間	休止日　～　　年　　月　　日

備考　廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

第10号様式

指定居宅サービス事業所
指定介護予防サービス事業所
介護保険施設

指定（許可）更新申請書

年　　月　　日

知事　殿

所在地

申請者　名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）の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。

申請者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
	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　　－　　） 都道府県　　市区町村			
事業所	事業等の種類		介護保険事業所番号		
	指定有効期間満了日				
	フリガナ 名称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
管理者	フリガナ 氏名		生年月日		
	住所	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			

備考　1　様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。
2　電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
3「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

別添　1　誓約書（参考様式6）
2　介護支援専門員一覧（参考様式7）

付表 6　通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	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（兼務の場合記入）	名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
共生型サービスの該当有無				□有　□無	

○設備に関する基準の確認に必要な事項

食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位1

○人員に関する基準の確認に必要な事項

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）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		：　～　：		
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：　～　：		
	土曜日	：　～　：		
	日曜日・祝日	：　～　：		
サービス提供時間		：　～　：		
利用定員		人		

サービス提供単位2

○人員に関する基準の確認に必要な事項

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）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	その他（年末年始休日等）							

営業時間		：　～　：		
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：　～　：		
	土曜日	：　～　：		
	日曜日・祝日	：　～　：		
サービス提供時間		：　～　：		
利用定員		人		

サービス提供単位3									
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
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)									
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日(該当に○)		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他(年末年始休日等)							
営業時間		:			～		:		
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:			～		:		
	土曜日	:			～		:		
	日曜日・祝日	:			～		:		
サービス提供時間		:			～		:		
利用定員		人							
添付書類	別添のとおり								

（通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都道府県　　市区町村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

○設備に関する基準の確認に必要な事項

食堂及び機能訓練室の合計面積	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位1	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：			～		：		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：			～		：		
		土曜日	：			～		：		
		日曜日・祝日	：			～		：		
	サービス提供時間		：			～		：		
	利用定員		人							

サービス提供単位2	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：			～		：		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：			～		：		
		土曜日	：			～		：		
		日曜日・祝日	：			～		：		
	サービス提供時間		：			～		：		
	利用定員		人							

サービス提供単位3	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：			～		：		
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：			～		：		
		土曜日	：			～		：		
		日曜日・祝日	：			～		：		
	サービス提供時間		：			～		：		
	利用定員		人							

添付書類	平面図

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
3　機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
4　当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
5　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考様式1）　**従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表**

令和　　（　　）　年　　月

サービス種別（　通所介護　）
事業所名（　　）

(1)
(2)

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数　　時間/週　　時間/月

当月の日数　　日

(4) 事業所全体のサービス提供単位数　　単位

　　単位目

(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間　　～　　（計　　時間）

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏　名		(10) 1週目 1	2	3	4	5	6	7	2週目 8	9	10	11	12	13	14	3週目 15	16	17	18	19	20	21	4週目 22	23	24	25	26	27	28	5週目			(11) 1か月の勤務時間数合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 兼務状況（兼務先及び兼務する職務の内容）等
1					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
2					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
3					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
4					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
5					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
6					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
7					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
8					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
9					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
10					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
11					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
12					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		
13					シフト記号																																		
					勤務時間数																																		
					サービス提供時間内の勤務時間数																																		

(14) サービス提供時間内の勤務延時間数（生活相談員）																																							
(15) サービス提供時間内の勤務延時間数（介護職員）																																							
(16) 利用者数																																							
(17) サービス提供時間（平均提供時間）																																							
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数																																							
（参考）(19) 1日の職種別人員内訳	生活相談員																																						
	看護職員																																						
	介護職員																																						
	機能訓練指導員																																						

≪提出不要≫

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表　記入方法　（通所介護）

・・・直接入力する必要がある箇所です。
・・・プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。
下記の記入方法に従って、入力してください。

なお、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に「シフト記号表（勤務時間帯）」も必ず添付して提出してください。

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

(1)「４週」・「暦月」のいずれかを選択してください。

(2)「予定」・「実績」・「予定・実績」のいずれかを選択してください。（「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください。）

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。

(4) 事業所全体のサービス提供単位数及び、本シートに記入する単位目を入力してください。

(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間を入力してください。（送迎時間は含まれません。）

(6) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。（直接入力も可能です。）
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

No	職種名
1	管理者
2	生活相談員
3	看護職員
4	介護職員
5	機能訓練指導員

(7) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。
記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

（注）常勤・非常勤の区分について
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に達していることをいいます。**<u>雇用の形態は考慮しません</u>**。
（例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。）

(8) 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。（直接入力も可能です。）
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。
※選択した資格及び研修に関して、<u>必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出</u>してください。

(9) 従業者の氏名を記入してください。

(10) 申請する事業に係る従業者（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。（別シートの「シフト記号表」を作成し、シフト記号を選択してください。）
※ 指定基準の確認に際しては、４週分の入力で差し支えありません。

(11) 従業者ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。
※入力することができる勤務時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。

(12) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。

(13) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称及び兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご活用ください。

(14) 生活相談員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計（勤務延時間数）が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。

(15) 介護職員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計（勤務延時間数）が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。

(16) 利用者数は、単位ごとの利用者の実人数（予定の場合は定員数）を入力してください。

(17) サービス提供時間（平均提供時間）を入力してください。（平均提供時間＝利用者ごとの提供時間数の合計を利用者数で除して得た数）

(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数が自動計算されます。（(15)(16)を入力しないと計算されません。）

（参考）
(19) 1日の職種別人員内訳が自動カウントされますので、誤りがないか確認してください。職種を追加したい場合は、機能訓練指導員の下に１種追加可能です。
（追加した職種の人員内訳を自動計算させるためには、職種名称は(5)職種と一致させる必要があります。）

【留意事項】
・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。
（「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。）
・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。
・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（参考様式）には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。
・必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

≪要 提出≫

■シフト記号表（勤務時間帯）

※24時間表記　休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

		勤務時間				サービス提供時間		サービス提供時間内の勤務時間			
No	記号	始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	勤務時間	自由記載欄
1	a	:	～	( )		～		～			
2	b	:	～	( )		～		～			
3	c	:	～	( )		～		～			
4	d	:	～	( )		～		～			
5	e	:	～	( )		～		～			
6	f	:	～	( )		～		～			
7	g	:	～	( )		～		～			
8	h	:	～	( )		～		～			
9	i	:	～	( )		～		～			
10	j	:	～	( )		～		～			
11	k	:	～	( )		～		～			
12	l	:	～	( )		～		～			
13	休	:	～	( )	0	～		～		0	休日
14	-	:	～	( )		～		～			
15	-	:	～	( )		～		～			
16	-	:	～	( )		～		～			

・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No21～30を活用し、勤務時間数のみを入力してください。

・No1～20は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力の補助を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。

・シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。

・シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいて構いません。

・通所介護における「確保すべき従業者の勤務延時間数」には、「最低限確保すべきとされている程度の休憩時間は含めて差し支えない」としており、「サービス提供時間内の勤務時間」の計算にあたってその休憩時間を差し引く必要はないのでご留意ください。（上記「U」列）

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成24年3月16日）

問63　通所介護において、確保すべき従業者の勤務延時間数は、実労働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取扱うのか。

（答）労働基準法第34 条において最低限確保すべきとされている程度の休憩時間については、確保すべき勤務延時間数に含めて差し支えない。ただし、その場合においても、居宅基準第93 条第3 項を満たす必要があることから、介護職員全員が同一時間帯に一斉に休憩を取ることがないようにすること。また、介護職員が常時１名しか配置されていない事業所については、当該職員が休憩を取る時間帯に、介護職員以外で利用者に対して直接ケアを行う職員（居宅基準第93 条第1 項第1 号の生活相談員又は同項第2 号の看護職員）が配置されていれば、居宅基準第93 条第3 項の規定を満たすものとして取り扱って差し支えない。

このような取扱いは、通常の常勤換算方法とは異なりサービス提供時間内において必要な労働力を確保しつつピークタイムに手厚く配置することを可能とするなど、交代で休憩を取得したとしても必ずしもサービスの質の低下には繋がらないと考えられる通所介護（療養通所介護は除く）に限って認められるものである。

なお、管理者は従業者の雇用管理を一元的に行うものとされていることから、休憩時間の取得等について労働関係法規を遵守すること。

認知症対応型通所介護についても同様の考え方とする。

（参考様式1）　**従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表**

【記載例】

令和 3 （ 2021 ） 年 4 月

サービス種別（ 通所介護 ）
事業所名（ ○○デイサービス ）

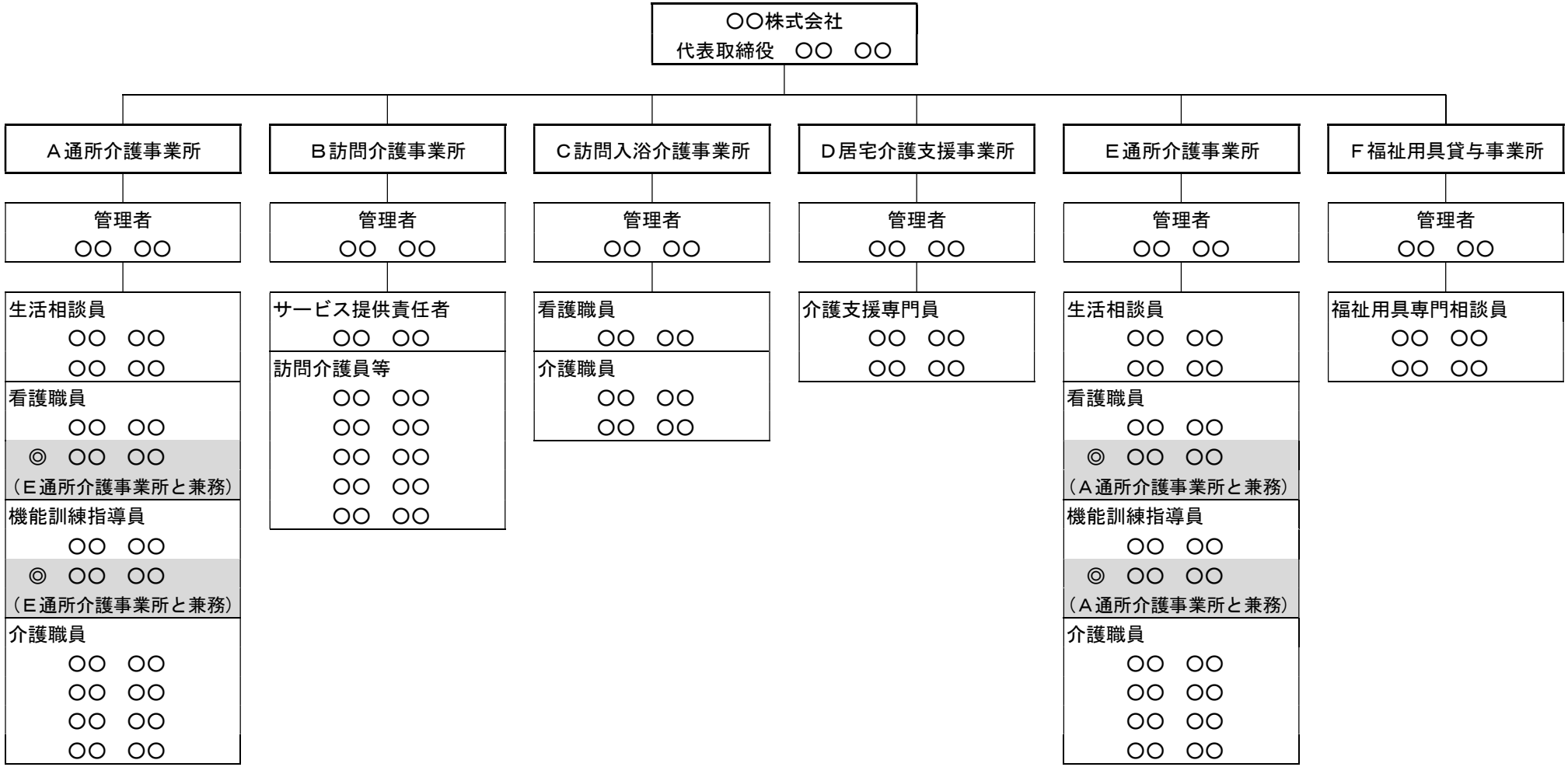
(1) 4週
(2) 予定

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月
当月の日数 30 日
(4) 事業所全体のサービス提供単位数 1 単位
1 単位目
(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 9:30 ～ 16:30 （計 7 時間）

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏　名		(10) 1週目 1 木	2 金	3 土	4 日	5 月	6 火	7 水	2週目 8 木	9 金	10 土	11 日	12 月	13 火	14 水	3週目 15 木	16 金	17 土	18 日	19 月	20 火	21 水	4週目 22 木	23 金	24 土	25 日	26 月	27 火	28 水	5週目			(11) 1～4週目の勤務時間数合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 兼務状況（兼務先及び兼務する職務の内容）等
1	管理者	A	―	厚労　太郎	シフト記号	a	a		a	a		a	a	a		a	a		a	a	a		a	a		a	a	a		a	a		a						
					勤務時間数	8	8		8	8		8	8	8		8	8		8	8	8		8	8		8	8	8		8	8		8				160	40	
					サービス提供時間内の勤務時間数	7	7		7	7		7	7	7		7	7		7	7	7		7	7		7	7	7		7	7		7				140	35	
2	生活相談員	A	社会福祉士	○○　A太	シフト記号		a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a							
					勤務時間数		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8					160	40	
					サービス提供時間内の勤務時間数		7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7					140	35	
3	生活相談員	B	社会福祉主事任用資格	○○　B子	シフト記号	a						a	a						a	a						a	a						a						介護職員
					勤務時間数	8						8	8						8	8						8	8						8				64	16	
					サービス提供時間内の勤務時間数	7						7	7						7	7						7	7						7				56	14	
4	看護職員	B	看護師	○○　C男	シフト記号	x		x	x		x		x		x	x		x		x		x	x		x		x		x	x		x						機能訓練指導員、介護職員
					勤務時間数	4		4	4		4		4		4	4		4		4		4	4		4		4		4	4		4					64	16	
					サービス提供時間内の勤務時間数	4		4	4		4		4		4	4		4		4		4	4		4		4		4	4		4					64	16	
5	看護職員	D	准看護師	○○　D美	シフト記号		x			x		x		x			x		x		x			x		x		x			x		x						機能訓練指導員
					勤務時間数		4			4		4		4			4		4		4			4		4		4			4		4				48	12	
					サービス提供時間内の勤務時間数		4			4		4		4			4		4		4			4		4		4			4		4				48	12	
6	介護職員	B	―	○○　B子	シフト記号		a	a			a			a	a			a			a	a			a			a	a			a							生活相談員
					勤務時間数		8	8			8			8	8			8			8	8			8			8	8			8					96	24	
					サービス提供時間内の勤務時間数		7	7			7			7	7			7			7	7			7			7	7			7					84	21	
7	介護職員	B	―	○○　C男	シフト記号							a							a							a							a						看護職員、機能訓練指導員
					勤務時間数							8							8							8							8				32	8	
					サービス提供時間内の勤務時間数							7							7							7							7				28	7	
8	介護職員	A	介護福祉士	○○　E次	シフト記号	a		a	a	a		a	a		a	a	a		a	a		a	a	a		a	a		a	a	a		a						
					勤務時間数	8		8	8	8		8	8		8	8	8		8	8		8	8	8		8	8		8	8	8		8				160	40	
					サービス提供時間内の勤務時間数	7		7	7	7		7	7		7	7	7		7	7		7	7	7		7	7		7	7	7		7				140	35	
9	介護職員	A	―	○○　F子	シフト記号	a	a		a	a	a		a	a		a	a	a		a	a		a	a	a		a	a		a	a	a							
					勤務時間数	8	8		8	8	8		8	8		8	8	8		8	8		8	8	8		8	8		8	8	8					160	40	
					サービス提供時間内の勤務時間数	7	7		7	7	7		7	7		7	7	7		7	7		7	7	7		7	7		7	7	7					140	35	
10	機能訓練指導員	B	看護師	○○　C男	シフト記号	y		y	y		y		y		y	y		y		y		y	y		y		y		y	y		y						看護職員、介護職員
					勤務時間数	4		4	4		4		4		4	4		4		4		4	4		4		4		4	4		4					64	16	
					サービス提供時間内の勤務時間数	3		3	3		3		3		3	3		3		3		3	3		3		3		3	3		3					48	12	
11	機能訓練指導員	D	看護師	○○　D美	シフト記号		y			y		y		y			y		y		y			y		y		y			y		y						看護職員
					勤務時間数		4			4		4		4			4		4		4			4		4		4			4		4				48	12	
					サービス提供時間内の勤務時間数		3			3		3		3			3		3		3			3		3		3			3		3				36	9	
12					シフト記号																																		
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
13					シフト記号																																		
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
(14) サービス提供時間内の勤務延時間数（生活相談員）						7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7				196	49	
(15) サービス提供時間内の勤務延時間数（介護職員）						14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14				392	98	
(16) 利用者数						20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20						
(17) サービス提供時間（平均提供時間）						7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7						
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数						14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14						
（参考）(19) 1日の職種別人員内訳				生活相談員		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
				看護職員		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
				介護職員		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2						
				機能訓練指導員		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					

（参考例）

組織体制図



◎印：兼務がある者

（参考様式３）　事業所（施設）の平面図

事業所・施設の名称	

【通所介護事業所の例】平面図又は別紙に、必要な設備・備品等の品名・数量を記載

備考１　必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。

２　各室の用途及び面積を記載してください。

３　当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かりやすく表示してください。

（参考様式６）

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措　置　の　概　要
１　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）、担当者の設置
２　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
３　苦情があったサービス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）
４　その他参考事項

備考　上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

（参考様式７）

サービス提供実施単位一覧表

［記載例］

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	日
	（例）	（例）					
8：00							
9：00							
10：00	開始 9:00 終了12:30 定員 20人	開始 9:00 終了12:30 定員 10人					
11：00							
12：00			開始 9:00 終了16:30 定員 10人				
13：00							
14：00	開始13:30 終了17:00 定員 20人						
15：00							
16：00							
17：00							
18：00							
19：00							

備考１　曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。

２　各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

（参考様式９－１（居宅サービス事業所用））

介護保険法第７０条第２項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年　　月　　日

島根県知事　　殿

申請者　　住所

氏名（法人にあっては名称及び代表者名）

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

（介護保険法第７０条第２項）

１　申請者が都道府県の条例で定める者〔法人〕でないとき。

２　当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第７４条第１項の都道府県の条例で定める基準及び同項の都道府県の条例で定める員数を満たしていないとき。

３　申請者が、第７４条第２項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準〔都道府県の条例〕に従って適正な居宅サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。

４　申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

５　申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

５の２　申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

５の３　申請者が、社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和４４年法律第８４号）の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金（地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下この号、第７８条の２第４項第５号の３、第７９条第２項第４号の３、第９４条第３項第５号の３、第１０７条第３項第７号、第１１５条の２第２項第５号の３、第１１５条の１２第２項第５号の３、第１１５条の２２第２項第４号の３及び第２０３条第２項において「保険料等」という。）について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく３月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全て（当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第７８条の２第４項第５号の３、第７９条第２項第４号の３、第９４条第３項第５号の３、第１０７条第３項第７号、第１１５条の２第２項第５号の３、第１１５条の１２第２項第５号の３及び第１１５条の２２第２項第４号の３において同じ。）を引き続き滞納している者であるとき。

６　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第７７条第１項又は第１１５条の３５第６項の規定により指定（特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内に当該法人の役員（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者であるかを問わず、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以上の支配力を有するものと認められる者を含む。第５節及び第２０３条第２項において同じ。）又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前６０日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

６の２　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第７７条第１項又は第１

１５条の３５第６項の規定により指定（特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前６０日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

６の３　申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。以下この章において同じ。）が、第７７条第１項又は第１１５条の３５第６項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

７　申請者が、第７７条第１項又は第１１５条の３５第６項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第７５条）第２項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

７の２　申請者が、第７６条第１項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第７７条第１項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から１０日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第７５条第２項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

８　第７号に規定する期間内に第７５条第２項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前６０日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

９　申請者が、指定の申請前５年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

１０　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第４号から第６号まで又は第７号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

１０の２　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第４号から第５号の３まで、第６号の２又は第７号から第９号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

１１　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第４号から第６号まで又は第７号から第９号までのいずれかに該当する者であるとき。

１２　申請者（特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第４号から第５号の３まで、第６号の２又は第７号から第９号までのいずれかに該当する者であるとき。

５．業務管理体制

（１）業務管理体制の整備に関する届出について

◎平成２１年５月１日より、指定取消事案などの不正行為を未然に防止し、利用者の保護と介護事業運営の適正化を図るため、法令遵守等の業務管理体制の整備が義務付けられました。

◎業務管理体制は、指定又は許可を受けている事業所又は施設の数に応じて定められており、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こととされました。

＜整備基準＞

業務管理体制の整備の内容	事　業　所　数		
	20未満	20以上100未満	100以上
法令遵守責任者の選任	必要	必要	必要
業務が法令に適合することを確保するための規定（法令遵守規定）の整備	－	必要	必要
業務執行の状況の調査	－	－	必要

※ みなし事業所、総合事業の事業所数は除きます。

※ 同一事業所が、例えば訪問入浴と介護予防訪問入浴の指定を併せて受けている場合、事業所等の数は２と数えます。

（２）届出書に記載すべき事項

届出内容	事　業　所　数		
	20未満	20以上100未満	100以上
事業者の ・名称又は氏名 ・主たる事務所の所在地 ・代表者の氏名、生年月日、住所、職名	必要	必要	必要
「法令遵守責任者」の氏名、生年月日	必要	必要	必要
「法令遵守規程」の概要　（注1）	－	必要	必要
「業務執行の状況の監査」の方法の概要（注2）	－	－	必要

（注1）「法令遵守規程」について

法令遵守規程には、事業者の従業員に少なくとも法及び法に基づく命令の遵守を確保するための内容を盛り込む必要がありますが、必ずしもチェックリストに類するものを作成する必要はなく、例えば、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いません。届け出る「法令遵守規程の概要」につきましては、必ずしも改めて概要を作成する必要はなく、この規程の全体像がわかる既存のもので構いません。また、法令遵守規程全文を添付しても差し支えありません。

（注2）「業務執行の状況の監査」について

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、既に各法の規定に基づき、その監事又は監査役（委員会設置会社にあっては監査委員会）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」とすることができます。

なお､この監査は､事業者の監査部門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ありませんが、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。

届け出る「業務執行の状況の監査の方法の概要」につきましては、事業者がこの監査に係る規程を作成している場合には、当該規程の全体像がわかるもの又は規程全文を、規程を作成していない場合には、監査担当者又は担当部署による監査の実施方法がわかるものを届け出てください。

（３）業務管理体制の整備に関する事項の届出先

区　　分		届　出　先
指定事業所等が複数の都道府県に所在する事業者	事業所等が３以上の地方厚生局の管轄区域に所在する場合	厚生労働大臣
	事業所等が２以下の地方厚生局の管轄区域に所在する場合	主たる事務所が所在する都道府県知事
指定事業所が同一中核市内にのみ所在する事業者		中核市の長 （介護保険担当課）
地域密着型サービス（地域密着型介護予防サービス含む）のみを行う事業者で、指定事業所が同一市町村内に所在する事業者		市町村長
全ての指定事業所等が同一都道府県内に所在する事業者		都道府県知事
全ての指定事業者等が同一指定都市内に所在する事業者		指定都市の長

（４）届出様式及び提出期限

届出が必要となる事由	様　　式	提出期限
○ 新規に業務管理体制を整備した場合	第１号様式	遅滞なく
○ 業務管理体制を届け出た後、事業所等の指定や廃止等（事業展開地域の変更）により、届出先区分の変更が生じた場合 （例：市町村→県、県→厚生労働大臣への変更） ※ 変更前及び変更後の行政機関の双方へ届け出てください	第１号様式	遅滞なく
○ 届出事項に変更があった場合 ※ 次のような場合は、変更の届出は不要です ➢ 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のない軽微な変更の場合	第２号様式	遅滞なく

（５）島根県が届出先となる場合

◎届出先が島根県となる場合は、下記へ郵送又は持参してください（松江市内及び石見地区に所在する事業者も同様）。

〒690-8501　松江市殿町1番地　島根県健康福祉部高齢者福祉課　介護サービス指導グループ

電話番号：０８５２－２２－５２３５

（６）事業者（法人）番号について

◎新規に業務管理体制の届け出を行った事業者（法人）には、事業者（法人）番号が付番されます。

◎変更等の届出の際には、以下の島根県ホームページより番号を確認して申請書へ記載していください。

島根県ホームページ

トップ＞医療・福祉＞福祉＞高齢者福祉＞介護保険【事業者向け】＞指導・監査＞業務管理体制

http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kaigo_hoken/shidou/gyoumukanritaisei.html

様式第１号（第２条関係）

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）の規定による
業務管理体制に係る届出書

年　月　日

島根県知事　　様

事業者　名　　称
代表者氏名

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	A					
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 事業者	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(〒　－　) 都道府県　郡市区 (ビルの名称等)					
		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	(〒　－　) 都道府県　郡市区 (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　カ所					
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(ﾌﾘｶﾞﾅ)		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	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課						
	事業者（法人）番号	A					
	区分変更の理由						
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課						
	区分変更日	年　月　日					

連絡先	所属		メールアドレス		電話番号	
	フリガナ					
	氏名					

第２号様式（第３条関係）

受付番号	

介護保険法第115条の32第３項の規定による業務管理体制に係る届出書
（届出事項の変更）

年　月　日

島根県知事　様

事業者　名　　称
代表者氏名

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	A															

変　更　が　あ　っ　た　事　項
1　法人の種別、名称(ﾌﾘｶﾞﾅ) 2　主たる事務所の所在地、電話番号、ＦＡＸ番号 3　代表者氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)、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(ﾌﾘｶﾞﾅ)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)

連絡先	所属		メール アドレス		電話番号	
	フリガナ					
	氏名					