

指定内容の変更に関する届出

変更届の手続きを進める前に

『変更があった日から10日以内に変更の届出を市町村長(保険者)に届け出なければならない。』

提出:電子メールor郵送(押印不要)

⇒変更前に、**事前協議**が必要なものもあります！

事前協議が必要な変更届

- 事業所の名称、所在地
- 営業日、営業時間(サービス提供時間も含む。)
- 利用料金(お部屋代、食事代等利用者と金銭のやり取りが発生する事項)
- 事業所の専用区画の変更
- 利用定員
- 通常の実施地域
- 事業者(法人)の体制(合併など)

⇒変更の内容によっては変更届ではなく廃止・新規指定の手続きが必要になる場合も！

具体的にどうすればいいの？

① 知多北部広域連合給付係指定・指導担当に電話連絡

② 事前書類を提出

※案件によっては広域連合窓口でヒアリングを行います。

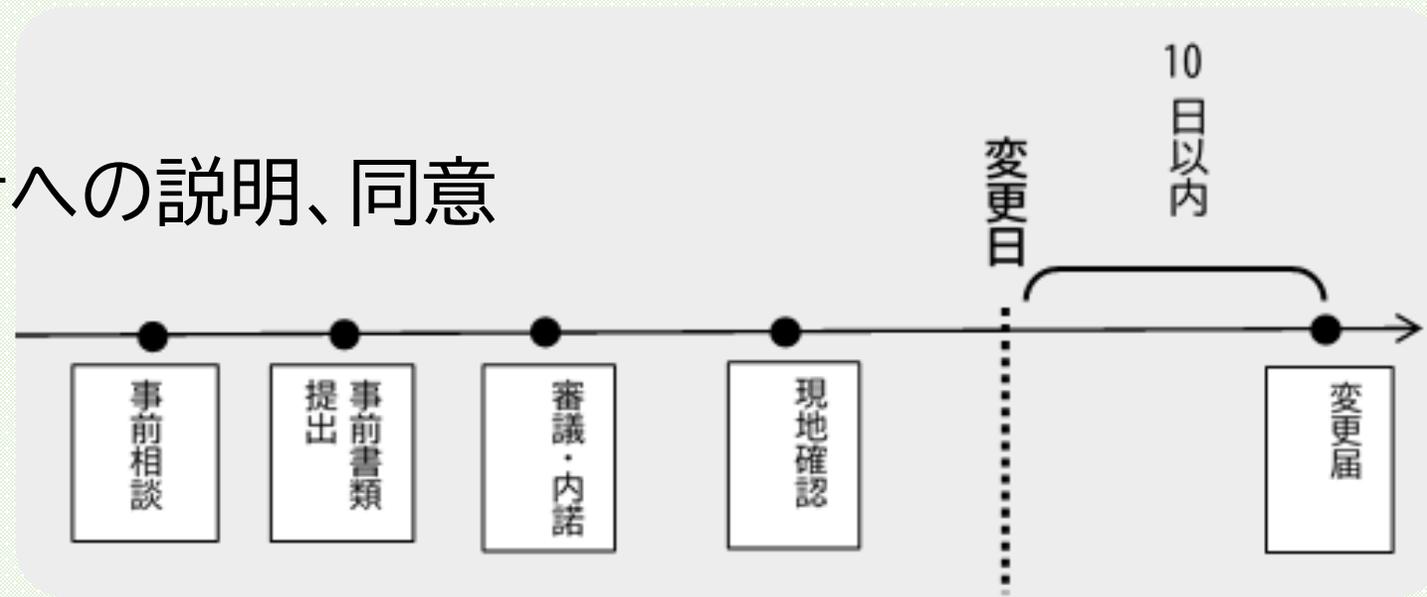
③ 知多北部広域連合内で審議、内諾

④ 所在地の変更:現地確認

利用料金等の変更:利用者への説明、同意

⑤ 【変更日】

⑥ (10日以内に)変更届提出



届出を忘れがちな事柄について

- 法人の代表者に関する事項
代表の交代、住所の変更、職名の変更
- 事業所の管理者に関する事項
管理者の交代、住所の変更、兼務状況の変更
- 食費、娯楽費、光熱水費等の料金の変更
⇒ 料金の変更は事前協議が必要な事項です！
※ 介護報酬等一律に変更される料金については届出不要

変更届出書提出の際の注意点について

受領した変更届を確認する中で、
よく指摘を行った事項を紹介していきます。

変更届出書

変更があった
事項に○

重説の変更
は15

様式第5号（第3条関係）

指定地域密着型サービス事業者
指定居宅介護支援事業者
指定地域密着型介護予防サービス事業者 変更届出書

(宛先) 知多北部広域連合長

事業者

次のとおり指定を受けた内容を変更しました

変更が書ききれなければ「別紙のとおり」

指定内容を変更した事業所（施設）		名称
		所在地
事業の種類		
変更があった事項		変更の内容
1	事業所・施設の名称	(変更前) 8管理者 ○○ ○○
2	事業所・施設の所在地	
3	事業者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
6	登記事項証明書又は条例等 (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	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所	
9	運営規程	(変更後) 8管理者 △△ △△
10	協力が機関(評定)・協力が機関(機関)	
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制	
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
13	本庁施設、本庁施設との移転経路等	
14	併設施設の状態等	
15	その他	

付表

- ▶ 地域密着型サービスと総合事業の様式間違い (付表09) (付表13)
- ▶ 古い様式を使用しない
- ▶ 定休以外の休日 (お盆・年末年始等)は休日欄のその他に日付を記入

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(〒 -)								
	連絡先	電話番号					FAX番号			
管理者	フリガナ								住所	(〒 -)
	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)									
1 単位 目	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従事者の職種・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										
食室及び機能訓練室の合計面積					㎡					
○その他事項										
利用定員		人								
営業日		<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input checked="" type="checkbox"/> 祝日								
休日		<input checked="" type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (12/29~1/1)								
サービス提供時間		: ~ :								
2 単位 目	○人員に関する基準の確認に必要な事項									
	従事者の職種・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										
食室及び機能訓練室の合計面積					㎡					
○その他事項										
利用定員		人								
営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日								
休日		<input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> その他 ()								
サービス提供時間		: ~ :								
通常の業務地域 <input type="checkbox"/> 東海市 <input type="checkbox"/> 大府市 <input type="checkbox"/> 知多市 <input type="checkbox"/> 東浦町 <input type="checkbox"/> その他 ()										

勤務形態一覧表

記入漏れ多し！

(参考様式1-1)
 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(実績等記載用) (●年●月分) サービス種別 ()
 [勤務時間表] 事業所名 ()

第4週分まで常勤職員が1週あたり勤務するべき時間数
 第5週分において常勤職員が勤務するべき時間数
 当月において常勤職員が勤務するべき総時間数

時間(A)
 時間(B)
 168時間(C)=(A)+(B)

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							第5週			4週の合計	4週の合計+5週分	業務等の状況	週平均の勤務時間数	常勤換算後の人数(個人)					
			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										
管理者	B	〇〇 〇〇																																			0	0		0.0	0.0		
生活相談員	A	〇〇 〇〇																																				0	0		0.0	0.0	
生活相談員	B	〇〇 〇〇																																				0	0		0.0	0.0	
介護職員	B	〇〇 〇〇																																				0	0		0.0	0.0	
介護職員	B	〇〇 〇〇																																				0	0		0.0	0.0	
介護職員	A	〇〇 〇〇																																					0	0		0.0	0.0
介護職員	C	〇〇 〇〇																																					0	0		0.0	0.0
介護職員	C	〇〇 〇〇																																					0	0		0.0	0.0
介護職員	C	〇〇 〇〇																																					0	0		0.0	0.0
看護職員	D	〇〇 〇〇																																					0	0		0.0	0.0
看護職員	D	〇〇 〇〇																																					0	0		0.0	0.0
機能訓練指導員	D	〇〇 〇〇																																					0	0		0.0	0.0
機能訓練指導員	D	〇〇 〇〇																																					0	0		0.0	0.0

勤務形態誤り多し
 要注意！

新旧対照表

- ▶ 変更箇所は下線を引く
など分かりやすく示す
- ▶ 新旧対照表と
運営規程本文の記載を
一致させる

〇〇〇〇 新旧対照表

新	旧
第4条 介護職員 6名 (常勤で専ら介護業務に従事 する者2名、非常勤で専ら介 護業務に従事する者 4名)	第4条 介護職員 5名 (常勤で専ら介護業務に従事 する者2名、非常勤で専ら介 護業務に従事する者 3名)

新旧対照表(良くない例)

新旧対照表

介護職員6名

(常勤で専ら介護業務に従事する者2名、非常勤で専ら介護業務に従事する者4名)

≠

運営規程本文

介護職員6名

(常勤専従2名、非常勤専従4名)

文面が異なる表記となっている



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

重要事項説明書

重要事項説明書のみの変更では、届出不要

例

職種	常勤	非常勤	計
1.管理者	1名		1名
2.生活相談員	2名		2名
3.看護職員	2名	1名	3名
4.介護職員	5名		5名
5.機能訓練指導員	2名	2名	4名

管理者 1名

生活相談員 2名以上（常勤換算）

看護職員 1名以上

介護職員 5名以上（常勤換算）

機能訓練指導員 4名



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

重要事項説明書～市町の苦情相談窓口～

知多北部広域連合 給付係	052-689-2263
東海市 高齢者支援課	052-689-1600
大府市 高齢障がい支援課	0562-45-6289
知多市 長寿課	0562-36-2652
東浦町 心くし課	0562-83-3111

「変更届提出書類一覧」に記載がない事項であっても、利用者に費用負担を求める事項や、その他、広域連合に届け出る必要があるか迷った場合は、ご一報ください。

加算・減算の届出について

加算・減算とは

加算

基本報酬に **プラス** して算定

- 基準に定められている人員よりも多くの職員を配置している
- 専門的なサービスを提供している 等

減算

基本報酬を **マイナス** して算定

- 運営基準・人員基準を満たせない 等

通常[○]の加算 ～届出の方法～

個別機能訓練加算や特定事業所加算等の加算を

新たに算定

必要書類を整え、届出期限までに

下位区分への変更、取下げ

必要書類を整え、速やかに

電子メールまたは郵送で知多北部広域連合へ提出してください。

※ 必要書類は事業者講習会資料またはホームページで確認してください。

通常に加算 ～届出の期限～

サービス種別	届出期限	算定開始月
居宅系サービス <ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援 地域密着型通所介護 (介護予防) 認知症対応型通所介護 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 介護予防通所介護相当サービス 	毎月 15日以前	翌月
	毎月 16日以降	翌々月
施設系サービス <ul style="list-style-type: none"> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 	月の初日	当該月
	初日以外	翌月

10月から算定の場合

「居宅系サービス」
→9月15日

「施設系サービス」
→10月1日

までに届出が必要！

※ 上表の期限は算定される単位数が増えるものに限ります。

注意ポイント

POINT 1

期限は絶対！

期限までに書類が
整わない場合、
算定が認められません。

POINT 2

要件の理解を！

算定要件の認識
に誤りがあると
報酬返還も。

POINT 3

利用者の同意を！

重要事項説明書等
により事前に説明
を行ってください。



その他の届出について

特定事業所集中減算

毎年度2回、居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画について判定し、対象サービス(※)について、同一法人の事業所の割合が**80%**を超える場合、すべての利用者に対して、半年の間、**1月につき200単位**の減算となります。

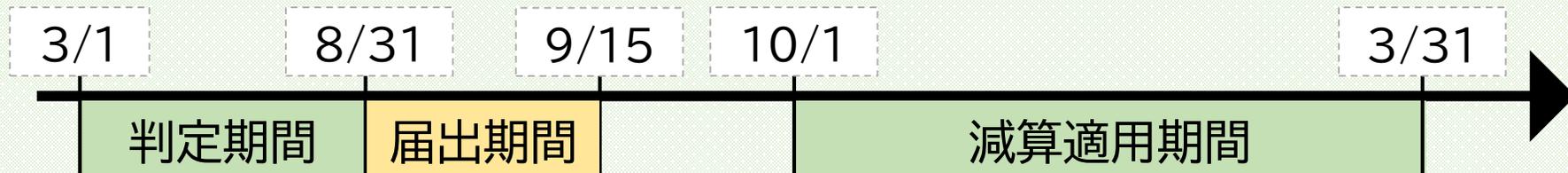
(※)訪問介護、通所介護及び地域密着型通所介護、福祉用具貸与

知多北部広域連合へ届け出て、
正当な理由と認められた場合には減算の適用外となります。

特定事業所集中減算 ～判定期間～

期間	届出期限	減算適用期間
〔前期〕 前年度3月1日から 当年度8月末日まで	9月15日	当年度 10月1日から 3月31日
〔後期〕 当年度9月1日から 当年度2月末日まで	3月15日	次年度 4月1日から 9月30日まで

《前期の場合》

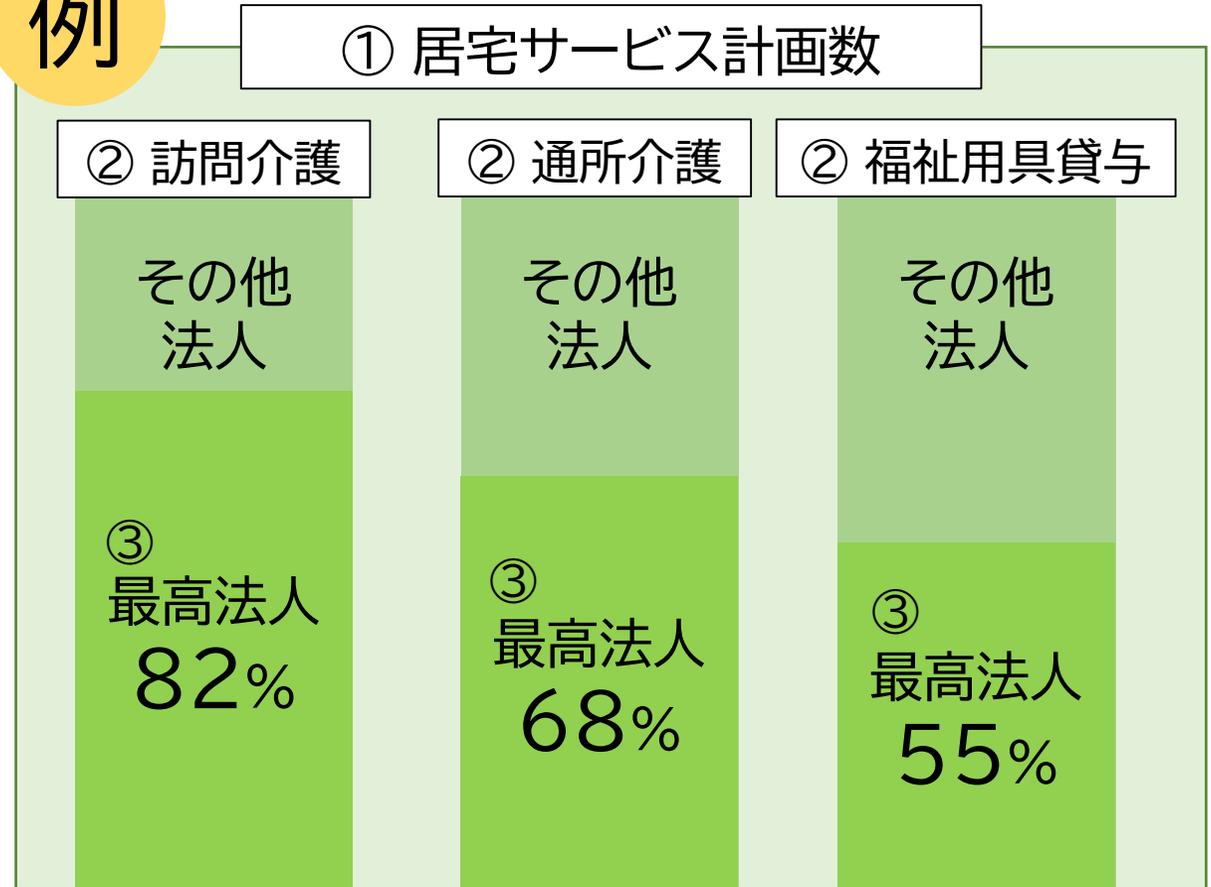


特定事業所集中減算 ～判定方法～

- ① 判定期間における
居宅サービス計画の総数を算出
- ② 対象サービスが位置付けられた
居宅サービス計画数を算出
- ③ 対象サービスそれぞれの
紹介率最高法人が位置付けられた
居宅サービス計画数を算出

紹介率が**80%**を超えたサービスが
ひとつでもあれば届出必要

例



特定事業所集中減算 ～正当な理由～

- ① 通常の実施地域に、対象となるサービス種別の事業所が**5**事業所未満
- ② 当該居宅介護支援事業所が特別地域加算を受けている
- ③ 判定期間における居宅サービス計画数が月平均**20**件以下
- ④ 対象となるサービスを位置付けている居宅サービス計画数が月平均**10**件以下
- ⑤ サービスの質が高い事業所に集中している場合
例) ・ 特定事業所加算及び処遇改善加算を算定している事業所
・ 栄養改善体制加算、口腔機能向上体制加算及び個別機能訓練加算の
全てを算定している事業所 等

①～⑤のいずれにも該当しない
場合に減算

特定事業所集中減算 ～提出書類～

- ☑ 特定事業所集中減算届出書
- ☑ 特定事業所集中減算届出書に係る計算書
- ☑ 正当な理由の範囲
- ☑ その他必要な書類

(※)様式や詳細な必要書類はホームページをご覧ください。

80%を超える、超えないに関わらず、書類を作成し
5年間の保管が必要

訪問介護の回数が多いケアプランの届出

居宅介護支援事業所において、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上（★）の居宅サービス計画書等について、知多北部広域連合への届出が必要となります。

★厚生労働省が定める回数

訪問介護の回数（1月あたり）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基準回数	27回	34回	43回	38回	31回

※上記回数には、身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合（生活援助加算）の回数を含みません。

届出された居宅サービス計画書等については、地域ケア会議で検討します。

なお、居宅サービス計画書等を作成した介護支援専門員に対し、内容についての照会や地域ケア会議でご説明いただく場合があります。

また、給付実績により未届出であることを確認した場合等には届出を求めることがあります。



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

訪問介護の回数が多いケアプランの届出

該当したら・・・

以下の書類を当該ケアプランを交付(作成・変更)した月の翌月末までに、郵送又は持参により届け出てください。

- 訪問介護(生活援助中心型)の回数が多いケアプランの届出書
- アセスメント表の写し
- 居宅サービス計画「第1表」～「第7表」の写し
 - ▶ 「第1表」は利用者へ交付し署名があるもの。
 - ▶ 「第5表」は生活援助中心型の訪問介護を位置付けた理由を記載したページのみ提出で可。
- 訪問介護計画書の写し
 - ▶ 訪問介護事業所から提供を受けたもの。

※ 個人情報(氏名、生年月日、住所等)は一部または全部をマスキングしてください。

※ 被保険者番号、事業所番号、事業所名等はマスキングしないでください。



地域のくらしを支えあう介護保険

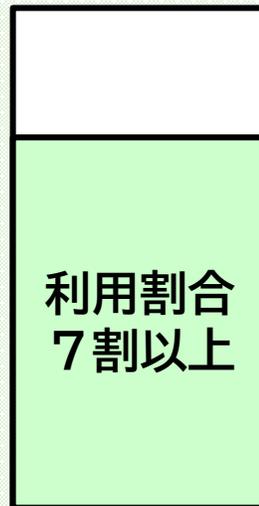
知多北部広域連合

支給限度額等一定割合超過に係るケアプランの届出

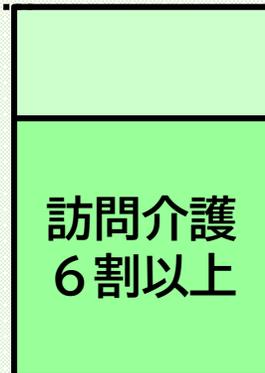
より利用者の意向や状態にあった訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資することを目的とし、介護支援専門員の視点だけでなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じてケアプランの内容の再検討を促すため、居宅介護支援事業所において、令和3年10月1日以降に作成または変更されたケアプランのうち、要件に該当し、知多北部広域連合から指定されたものを知多北部広域連合に届け出る必要があります。

▼届出及び検証対象となるケアプラン

① 区分支給限度基準額



② サービス費の総額



区分支給限度基準額の
対象外である加算や
超過部分の自己負担額は
計算の対象外



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

支給限度額等一定割合超過に係るケアプランの届出

要件に該当し、知多北部広域連合から届出の依頼があったら・・・

以下の書類を、郵送又は持参により届け出てください。

- ケアプラン検証の対象となるケアプランの届出書
- アセスメント表の写し
- 居宅サービス計画「第1表」～「第4表」の写し
 - ▶ 「第1表」は利用者へ交付し署名があるもの。
 - ▶ 訪問介護が必要な理由が記載された部分も提出。

※ 個人情報(氏名、生年月日、住所等)は一部または全部をマスキングしてください。

※ 被保険者番号、事業所番号、事業所名等はマスキングしないでください。

※ 届出の依頼を受けた事業所は、指定されたケアプランについて利用の妥当性を検討し、当該ケアプランに訪問介護が必要な理由等を記載してください。

支給限度額等一定割合超過に係るケアプランの届出

提出されたケアプランについては、地域ケア会議等で検討します。

なお、提出されたケアプランを作成した介護支援専門員に対し、内容について照会する場合や、地域ケア会議等でご説明いただく場合があります。