

2. 各種届出に関する手続きについて

A 変更の届出

(1) 届出先

知多北部広域連合 事業課 給付係

(2) 届出期限

変更があった日から10日以内（必着）

※届出期限が土・日曜日または祝日にあたる場合は、
その前営業日が期限となります。

例

4月1日(金)付で管理者の変更があった場合、
4月10日(日)ではなく8日(金)が届出期限となります。

(3) 届出方法

電子申請届出システム

(4) 必要書類

提出書類一覧を確認してください。

(5) 注意事項等

- 代表者や管理者、サービス提供責任者の住所に変更が生じた場合も届出が必要です。
- 運営規程や重要事項説明書等に記載のある食費や娯楽費、光熱水費等の料金に変更が生じた際も届出は必要になります。
- 重要事項説明書のみの変更は届出の必要はありません。
- 付表や勤務一覧表、運営規程、重要事項説明書等の記載内容（人員や営業日、実施地域等）が一致するようにしてください。

運営規程（従業者）の変更に係る届出「6月特例」



【参考 HP】

■ 「6月特例」とは

従業者の採用、退職等の異動は頻繁にあると考えられるため、

運営規程「職員の職種、員数及び職務の内容」の変更については、

その都度届け出るのではなく、毎年6月1日時点の内容を6月末までに届け出ることとする特例です(※)。

※ 加算算定のための体制に影響がないこと、人員基準を満たしていることが特例の条件です。

■ 届出が不要となるケース

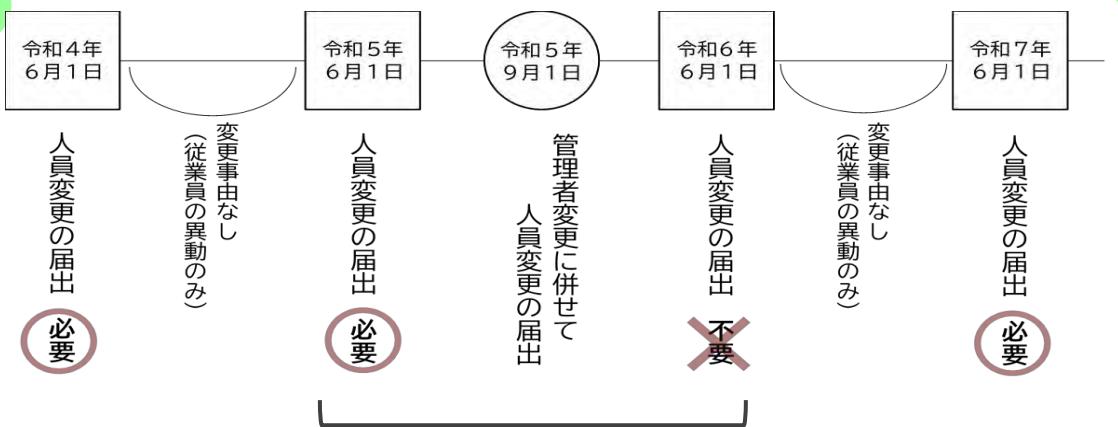
- 従業者の入れ替えがあったものの、「〇人以上」と定めている(※)等、運営規程に変更がない場合、届出は不要となります。

※ 実際の員数が「〇人」を下回った場合には、特例ではなく、その都度届出が必要です。

※ 実人員表記から「〇人以上」表記に変更する場合は、特例ではなく、その都度届出が必要です。

- 従業者の変更以外の変更届出（定員や営業時間等）を行う際に、あわせて従業者の変更も届出を行うと、変更後初めての6月特例の届出は不要となります。

例



「〇人以上」の表記や「6月特例」の取扱いにより、届出の機会が少なくなります。

人員基準を満たさない等の不正請求を防ぐためにも、より一層、基準の理解を深め、基準適合について自主点検を行い、従業者の員数を適切に管理してください。

変更届出 提出書類一覧 (居宅介護支援)

届出書の控え(コピー)は必ず事務所で保管してください。

【アイコン説明】

- ・・・必ず提出が必要な書類
 - △・・・変更がある場合に必要となる書類

*1 姓が変わっている場合は、百箇抄本等の確認書類を添付

*2 事業所に配属されている全ての介護支援専門員について記載してください。

※3 該当事業者へ個別に案内します

※4 管理者の住所変更の場合 提出不要です

変更届出 提出書類一覧（地域密着型通所介護）

	事業者 (運営法人)		事業所			人 員					サ 普 ー ビ ス 提 供 時 間	利 用 料 金	利 用 定 員	通 常 の 実 施 地 域
	名 称 ・ 所在 地 ・ 代表 者	電 話 番 号 ・ F A X 番 号	名 称	所 在 地	メ ー ル ア ド ・ F A X 番 号	(住 管 理 者 に 關 す る 變 更	生 活 相 談 員 の 變 更※ 1	看 護 職 員 の 變 更※ 1	介 護 職 員 の 變 更※ 1	機 能 訓 練 指 導 員 の 變 更※ 1				
提出書類	事前相談		要	要							要		要	要
	利用者への通知文等、案内方法がわかるもの		事前 提出	事前 提出							事前 提出	○		
	料金算出根拠資料											○		
	事業所（施設）の平面図 ※専用区画変更の場合は変更前も添付			事前 提出								事前 提出	事前 提出	
	変更届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	申請書付表		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	土地・建物に係る権利関係を明らかに することができる書類の写し（法人が所有する場合） 賃貸借契約書の写し（賃貸借契約による場合）			○										
	直近の登記事項証明書の写し	○												
	勤務一覧表（変更日から4週間分）					○※6	○	○	○	○	○			○
	生活相談員として認められる資格証の写し※2※3						○							
	看護師・准看護師資格証の写し※2							○						
	機能訓練指導員として認められる資格証の写し※2※4									○				
	運営規程及び新旧対照表	△	△	○	○	△	△	△	△	△	○	○	○	○
	重要事項説明書及び新旧対照表	△	△	○	○	△	△	△	△	△	○	○	○	○
	その他知多北部広域連合が必要と認めるもの※5	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

届出書の控え(コピー)は必ず事務所で保管してください。

【アイコン説明】

○・・・必ず提出が必要な書類

△・・・変更がある場合に必要となる書類

※1 6月特例措置あり

※2 姓が変わっている場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付。

※3 ①～⑥のいずれかの資格証（又は終了証）の写し ※新たに就任する方のみ提出

- ①社会福祉主任用資格
- ②社会福祉士
- ③精神保健福祉士
- ④介護福祉士
- ⑤介護支援専門員
- ⑥保育士

※4 ①～②のいずれかの資格証（又は終了証）の写し ※新たに就任する方のみ提出

- ①理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師若しくはあん摩マッサージ師の資格

②はり師若しくはきゅう師の資格※①の資格を持つ機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務した経験を有することがわかるものも添付

※5 該当事業者へ個別に案内します。

※6 管理者の住所変更の場合、提出不要です。

変更届出 提出書類一覧 ((介護予防) 認知症対応型通所介護)

提出資料	事業者 (運営法人)			事業所			人員			サードパーティ、営業日、 提供時間	利用料金	専用区画	利用定員	通常の実施地域
	名称・所在地	代表者	電話番号・FAX番号	名称	所在地	メ電話番号アドレス・FAX番号	～住管理者に する変更	生活相談員の 変更※1	介護職員・看護職員の 変更※1					
事前相談				要	要					要	要	要	要	
利用者への通知文等、案内方法がわかるもの				事前提出	事前提出					事前提出	○			
料金算出根拠資料											○			
事業所（施設）の平面図 ※専用区画変更の場合は変更前も添付				事前提出								事前提出	事前提出	
変更届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
申請書付表				○	○	○	○	○	○	○		○	○	○
土地・建物に係る権利関係を明らかに することができる書類の写し（法人が所有する場合） 賃貸借契約書の写し（賃貸借契約による場合）				○										
直近の登記事項証明書の写し	○	○												
勤務一覧表（変更日から4週間分）							○※6	○	○	○	○			○
認知症対応型サービス事業開設者研修 修了証の写し※2		○												
生活相談員として認められる資格証の写し※2※3							○							
看護師・准看護師資格証の写し※2								○						
機能訓練指導員として認められる資格証の写し※2※4									○					
運営規程及び新旧対照表	△	△	△	○	○	△	△	△	△	△	○	○	○	○
重要事項説明書及び新旧対照表	△	△	△	○	○	△	△	△	△	△	○	○	○	○
その他知多北部広域連合が必要と認めるもの※5	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

届出書の控え(コピー)は必ず事務所で保管してください。

【アイコン説明】

○・・・必ず提出が必要な書類

△・・・変更がある場合に必要となる書類

※ 1 6月特例措置あり

※ 2 姓が変わっている場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付。

※ 3 ①～⑥のいずれかの資格証（又は終了証）の写し ※新たに就任する方のみ提出

- ①社会福祉主任用資格
- ②社会福祉士
- ③精神保健福祉士
- ④介護福祉士
- ⑤介護支援専門員
- ⑥保育士

※ 4 ①～②のいずれかの資格証（又は終了証）の写し ※新たに就任する方のみ提出

- ①理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師若しくはあん摩マッサージ師の資格

- ②はり師若しくはきゅう師の資格※①の資格を持つ機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務した経験を有することがわかるものも添付

※ 5 該当事業者へ個別に案内します。

※ 6 管理者の住所変更の場合、提出不要です。

変更届出 提出書類一覧 ((介護予防) 小規模多機能型居宅介護)

	事業者 (運営法人)			事業所			人 員			利 用 料 金	専 用 区 画	利 用 定 員・登 錄 定 員	通 用 の 実 施 地 域	協 力 医 療 機 関 の 変 更
	名 称・ 所 在 地	代 表 者	電 話 番 号・ F A X 番 号	名 称	所 在 地	メ 電 話 番 号・ ア ル ア 号・ F A X 番 号	(住 管 理 者に 関 す る 変 更)	(介 護 従 業 者 看 護 職 員 含 む) の 変 更	介 護 支 援 専 門 員 の 変 更					
提 出 資 料	事前相談			要	要						要	要		
	利用者への通知文等、案内方法がわかるもの			事前 移出	事前 移出					○				
	料金算出根拠資料									○				
	事業所(施設)の平面図 ※専用区画変更の場合は変更前も添付				事前 移出						事前 移出	事前 移出		
	変更届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	申請書付表				○	○	○	○	○		○	○	○	○
	土地・建物に係る権利関係を明らかに することができる書類の写し(法人が所有する場合) 賃貸借契約書の写し(賃貸借契約による場合)				○									
	直近の登記事項証明書の写し	○	○											
	勤務一覧表(変更日から4週間分)						○※5	○	○			○		
	認知症対応型サービス事業開設者研修 修了証の写し※2		○											
	認知症対応型サービス事業管理者研修 修了証の写し※2						○※5							
	3年以上認知症高齢者の介護に従事したことが分かるもの (経歴書等)						○※5							
	看護師・准看護師資格証の写し※2							○						
	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 修了証の写し※2								○					
	介護支援専門員の資格証(修了証)の写し※2								○					
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号※3								○					
	居室面積等一覧表					○					△			
	運営規程及び新旧対照表	△	△	△	○	○	△	△	△	△	○	○	○	△
	重要事項説明書及び新旧対照表	△	△	△	○	○	△	△	△	△	○	○	○	△
	協定書、連携契約書の写し													○
	その他多北部広域連合が必要と認めるもの※4	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

届出書の控え(コピー)は必ず事務所で保管してください。

【アイコン説明】

○・・・必ず提出が必要な書類

△・・・変更がある場合に必要となる書類

※1 6月特例措置あり

※2 姓が変わっている場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付してください。

※3 事業所に配属されている全ての介護支援専門員について記載してください。

※4 該当事業者へ個別に案内します。

※5 管理者の住所変更の場合、提出不要です。

変更届出 提出書類一覧 ((介護予防) 認知症対応型共同生活介護)

提出資料	事業者 (運営法人)			事業所			人 員			利 用 料 金	専 用 区 画	利 用 定 員	ユ ニ ッ ツ 数	協 力 医 療 機 関 の 変 更
	名 称・ 所 在 地	代 表 者	電 話 番 号・ F A X 番 号	名 称	所 在 地	メ ー ル ア ハ ド・ レ ス F A X 番 号	(住 所 含 む) 管 理 者 に 関 す る 変 更	計 画 作 成 担 当 者 の 変 更	介 護 従 事 者 の 変 更※1					
事前相談				要	要					要	要	要		
利用者への通知文等、案内方法がわかるもの				事前 提出	事前 提出				○					
料金算出根拠資料									○					
事業所（施設）の平面図 ※専用区画変更の場合は変更前も添付				事前 提出						事前 提出	事前 提出	事前 提出		
変更届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
申請書付表				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
土地・建物に係る権利関係を明らかに することができる書類の写し（法人が所有する場合） 賃貸借契約書の写し（賃貸借契約による場合）				○										
直近の登記事項証明書の写し	○	○												
勤務一覧表（変更日から4週間分）							○※5	○	○		○	○※6		
認知症対応型サービス事業開設者研修 修了証の写し※2		○												
認知症対応型サービス事業管理者研修 修了証の写し※2							○※5							
3年以上認知症高齢者の介護に従事したことが分かるもの (経歴書等)							○※5							
実践者研修又は基礎課程の修了証の写し※2								○						
介護支援専門員の資格証（修了証）の写し※2 ※資格をもっている場合のみ								○						
介護支援専門員の氏名及びその登録番号※3								○						
居室面積等一覧表				○						△		○		
運営規程及び新旧対照表	△	△	△	○	○	△	△	△	△	○	○	○	△	
重要事項説明書及び新旧対照表	△	△	△	○	○	△	△	△	△	○	○	○	△	
協定書、連携契約書の写し													○	
その他知多北部広域連合が必要と認めるもの ※4	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

届出書の控え(コピー)は必ず事務所で保管してください。

【アイコン説明】

○・・・必ず提出が必要な書類

△・・・変更がある場合に必要となる書類

※1 6月特例措置あり

※2 姓が変わっている場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付してください。

※3 事業所に配属されている全ての介護支援専門員について記載してください。

※4 該当事業者へ個別に案内します。

※5 管理者の住所変更の場合、提出不要です。

※6 ユニット数を増やすことによって新たに就任する管理者、計画作成担当者、介護従事者がいる場合、それぞれ認められる資格証（修了証）の写しを添付してください。

変更届出 提出書類一覧（地域密着型特定施設入居者生活介護）

	事業者 (運営法人)		事業所			人 員					利用料金	専用区画	利用定員	協力医療機関の 変更
	名称 ・ 所在地 ・ 代表者	電話番号 ・ FAX番号	名称	所在地	電話番号 ・ FAX番号	（住所所含む） 管理者に関する変更	計画作成担当者の変更	生活相談員の変更※1	介護職員・看護職員の変更※1	機能訓練指導員の変更※1				
事前相談			要	要							要	要		
利用者への通知文等、案内方法がわかるもの			事前提出	事前提出							○			
料金算出根拠資料											○			
事業所（施設）の平面図 ※専用区画変更の場合は変更前も添付				事前提出							事前提出	事前提出		
変更届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
申請書付表			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
土地・建物に係る権利関係を明らかに することができる書類の写し（法人が所有する場合） 賃貸借契約書の写し（賃貸借契約による場合）				○										
直近の登記事項証明書の写し	○													
提出書類	勤務一覧表（変更日から4週間分）					○※7	○	○	○	○			○	
	生活相談員として認められる資格証の写し※2※3							○						
	看護師・准看護師資格証の写し※2								○					
	機能訓練指導員として認められる資格証の写し※2※4									○				
	介護支援専門員の資格証（修了証）の写し※2 ※資格をもっている場合のみ						○							
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号※5						○							
	居室面積等一覧表				○						△			
	運営規程及び新旧対照表	△	△	○	○	△	△	△	△	△	○		○	△
	重要事項説明書及び新旧対照表	△	△	○	○	△	△	△	△	△	○		○	△
	協定書、連携契約書の写し													○
	その他知多北部広域連合が必要と認めるもの※6	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

届出書の控え（コピー）は必ず事務所で保管してください。

【アイコン説明】

○・・・必ず提出が必要な書類

△・・・変更がある場合に必要となる書類

※1 6月特例措置あり

※2 姓が変わっている場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付。

※3 ①～⑥のいずれかの資格証（又は終了証）の写し ※新たに就任する方のみ提出

- ①社会福祉主任用資格
- ②社会福祉士
- ③精神保健福祉士
- ④介護福祉士
- ⑤介護支援専門員
- ⑥保育士

※4 ①～②のいずれかの資格証（又は終了証）の写し ※新たに就任する方のみ提出

- ①理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師若しくはあん摩マッサージ師の資格

②はり師若しくはきゅう師の資格※①の資格を持つ機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務した経験を有することがわかるものも添付

※5 事業所に配属されている全ての介護支援専門員について記載してください。

※6 該当事業者へ個別に案内します。

※7 管理者の住所変更の場合、提出不要です。

変更届出 提出書類一覧（地域密着型介護老人福祉施設）

	事業者 (運営法人)	事業所			人員							利用料金	専用区画	利用定員	協力医療機関の変更
		名称 所在地 代表者	電話番号・FAX番号	名称 所在地	メーリルアド・FAX番号	(住管理者に関する変更)	医師の変更※1	生活相談員の変更※1	介護職員・看護職員の変更※1	栄養士の変更※1	機能訓練指導員の変更※1				
事前相談				要	要									要	要
利用者への通知文等、案内方法がわかるもの				事前提出	事前提出								○		
料金算出根拠資料													○		
事業所（施設）の平面図 ※専用区画変更の場合は変更前も添付				事前提出										事前提出	事前提出
変更届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
申請書付表			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
土地・建物に係る権利関係を明らかに することができる書類の写し（法人が所有する場合） 賃貸借契約書の写し（賃貸借契約による場合）				○											
直近の登記事項証明書の写し	○														
勤務一覧表（変更日から4週間分）						○※7	○	○	○	○	○	○			○
生活相談員として認められる資格証の写し※2※3								○							
看護師・准看護師の資格証の写し※2									○						
栄養士の資格証の写し※2										○					
機能訓練指導員として認められる資格証の写し※2※4										○					
介護支援専門員の資格証（修了証）の写し※2											○				
介護支援専門員の氏名及びその登録番号※5											○				
居室面積等一覧表				○									△		
運営規程及び新旧対照表	△	△	○	○	△	△	△	△	△	△	△	○		○	△
重要事項説明書及び新旧対照表	△	△	○	○	△	△	△	△	△	△	△	○		○	△
協定書、連携契約書の写し															○
その他知多北部広域連合が必要と認めるもの※6	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

届出書の控え（コピー）は必ず事務所で保管してください。

【アイコン説明】

○・・・必ず提出が必要な書類

△・・・変更がある場合に必要となる書類

※1 6月特例措置あり

※2 姓が変わっている場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付。

※3 ①～⑥のいずれかの資格証（又は終了証）の写し ※新たに就任する方のみ提出

①社会福祉主任用資格

②社会福祉士

③精神保健福祉士

④介護福祉士

⑤介護支援専門員

⑥保育士

※4 ①～②のいずれかの資格証（又は終了証）の写し ※新たに就任する方のみ提出

①理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師若しくはあん摩マッサージ師の資格

②はり師若しくはきゅう師の資格※①の資格を持つ機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務した経験を有することがわかるものも添付

※5 事業所に配属されている全ての介護支援専門員について記載してください。

※6 該当事業者へ個別に案内します。

※7 管理者の住所変更の場合、提出不要です。

変更届出 提出書類一覧

(介護予防訪問介護相当サービス(訪問型サービスA含む))

届出書の控え(コピー)は必ず事務所で保管してください。

【アイコン説明】

○・・・必ず提出が必要な書類

△・・・変更がある場合に必要となる書類

※1 6月特例措置あり

※2 姓が変わっている場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付。

※3 ①～③のいずれかの資格証（又は終了証）の写し、※新たに就任する方のみ提出

①介護福祉士

②社会福祉士及び介護福祉法第40条第2項の指定を受けた学校又は養成施設において6月以上介護福祉士として必要な知識及び技能を習得したことがわかる書類

③介護職員基礎研修課程又は1級課程

*4 ①～③のいずれかの資格証（又は終了証）の写し、*新たに就任する方のみ提出

①介護福祉士

②介護員養成研修（都道府県知事が行うもの又は、都道府県知事が指定する者の行う研修であって、厚生労働省令で定める基準に適合するものとして都道府県知事の指定を受けたもの）

③生活援助従業者研修

※5 該当事業者へ個別に案内します

※ 6 住所変更の場合 提出不要です。

変更届出 提出書類一覧

(介護予防通所介護相当サービス(通所型サービスA含む))

	事業者 (運営法人)		事業所			人 員				サードパーティ・ 営業日・ 提供時間	利用料金	専用区画	利用定期	通常の実施地域
	名称・ 所在地・ 代表者	電話番号・ FAX番号	名称	所在地	メモ 電話番号 メールアドレス・ FAX番号	(住所管理者に関する 変更)	生活相談員の 変更※1	看護職員の 変更※1	介護職員の 変更※1					
事前相談			要	要						要		要	要	
利用者への通知文等、案内方法がわかるもの			事前提出	事前提出						事前提出	○			
料金算出根拠資料											○			
事業所(施設)の平面図 ※専用区画変更の場合は変更前も添付				事前提出								事前提出	事前提出	
変更届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
申請書付表			○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○
土地・建物に係る権利関係を明らかに することができる書類の写し(法人が所有する場合) 賃貸借契約書の写し(賃貸借契約による場合)			○											
直近の登記事項証明書の写し	○													
勤務一覧表(変更日から4週間分)						○※6	○	○	○	○				○
生活相談員として認められる資格証の写し※2※3							○							
看護師・准看護師資格証の写し※2								○						
機能訓練指導員として認められる資格証の写し※2※4									○					
運営規程及び新旧対照表	△	△	○	○	△	△	△	△	△	○	○		○	○
重要事項説明書及び新旧対照表	△	△	○	○	△	△	△	△	△	○	○		○	○
その他知多北部広域連合が必要と認めるもの※5	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

届出書の控え(コピー)は必ず事務所で保管してください。

【アイコン説明】

○・・・必ず提出が必要な書類

△・・・変更がある場合に必要となる書類

※1 6月特例措置あり

※2 姓が変わっている場合は、戸籍抄本等の確認書類を添付。

※3 ①～⑥のいずれかの資格証(又は終了証)の写し ※新たに就任する方のみ提出

①社会福祉主任用資格

②社会福祉士

③精神保健福祉士

④介護福祉士

⑤介護支援専門員

⑥保育士

※4 ①～②のいずれかの資格証(又は終了証)の写し ※新たに就任する方のみ提出

①理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師若しくはあん摩マッサージ師の資格

②はり師若しくはきゅう師の資格※①の資格を持つ機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務した経験を有することがわかるものも添付

※5 該当事業者へ個別に案内します。

※6 管理者の住所変更の場合、提出不要です。

B 加算・減算に関する届出

(1) 届出先

知多北部広域連合 事業課 給付係

(2) 届出方法

電子申請届出システム

(3) 必要書類

提出書類一覧を確認してください。

(4) 届出期限

サービス種別	届出期限	算定開始月
● 居宅介護支援、介護予防支援 ● 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
● (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

届出期限の日が休日の場合は、その直前の営業日までに届出が必要となります。

※ 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。

※ 算定要件を満たせなくなった場合は、速やかに、

取り下げまたは下位区分への変更（特定事業所加算Ⅰ→Ⅱ等）の届出を行ってください。

例

10月から新たに加算を算定したい場合、

「地域密着型通所介護」は9月15日まで

「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」は10月1日までに届出が必要です。

加算取得における必要書類一覧【居宅介護支援】

※ 条件によって追加の書類が必要となる場合もあります。

※ 加算に係る届出に伴い、運営規程や介護支援専門員の員数等に変更がある場合は、変更に係る届出も期日(変更日から10日以内)までにご提出ください。

※ 届出の控え(コピー)は必ず事業所で保管してください。

●印の書類は、加算を取り下げる場合には不要です。

居宅介護支援

知多北部広域連合

	情報通信機器等の活用及び事務職員の配置の体制 (居宅介護支援費Ⅱ)	特定事業所加算 I・II・Ⅲ	特定事業所加算 A	特定事業所医療 介護連携加算	ターミナルケア マネジメント加算	LIFEへの登録
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 <地域密着型・居宅介護支援事業用>	○	○	○	○	○	○
[別紙1-1-2] 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅介護支援)	○	○	○	○	○	○
[別紙36] 「特定事業所加算(I)～(III)・特定事業所医療介護連携加算・ ターミナルケアマネジメント加算」に係る届出書	○			○	○	
[別紙36-2] 特定事業所加算(A)に係る届出書			○			
従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ※算定期間分の予定がつかるもの			●			
介護支援専門員証及び主任介護支援専門員研修証書の写し ※婚姻等により姓が異なる場合は戸籍謄本等の写しなど確認ができる書類も添付			●			
実務研修受入協力事業所登録申請書の写し(受付印のあるもの) または登録済証の写し			●			

地域密着型通所介護・介護予防通所介護相当サービス

知多北部広域連合

●△印の書類は、加算を取り下げる場合には不要です。

如算取得に本件の必要書類一覧
〔地域密着型通所介護予防所〕

※ 条件によって追加の書類が必要となる場合もあります。
※ 加算に係る届出に伴い、運営規程等に変更事項がある場合は、変更に係る届出も期日(変更日から10日以内)までにご提出ください。

※ 届出の控え(コピー)は必ず事業所で保管してください。

加算取得における必要書類一覧【(介護予防)認知症対応型通所介護】

* 条件によつて追加の書類が必要となる場合もあります。

* 加算に係る届出に伴い、運営規程等に変更事項がある場合は、変更に係る届出も期日(変更日から10日以内)までにご提出ください。

* 届出の控え(コピー)は必ず事業所で保管してください。

●▲印の書類は、加算を取り下げる場合には不要です。
▲印の書類は、該当しない場合には不要です。

(介護予防) 認知症対応型通所介護

知多北部広域連合									
●▲印の書類は、加算を取り下げる場合には不要です。 ▲印の書類は、該当しない場合には不要です。									
時間延長サービス 体制	入浴介助加算 I・II	生活機能向上連携 加算I・II	個別機能訓練加算	ADL維持等加算の 申出	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 I	科学的介護推進 体制加算	LIFEへの登録
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 <地域密着型・住宅介護支援事業用>	○	○	○	○	○	○	○	○	○
【別紙1-3-2】 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○
【別紙14-3】 サービス提供体制強化加算に関する届出書							○		
サービス提供体制強化加算 計算書							●		
従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ※算定期間から4週間分の予定がわかるもの			●	●			●		
資格者証の写し ※看護師等により性が異なる場合は戸籍謄本等 の写しなど確認ができる書類も添付					●	●	▲		
実務経験証明書								▲	
事業所平面図			●		※浴室の状況が わかるもの				
委託契約書等の連携を証する書類の写し				●			▲		

加算取得における必要書類一覧【(介護予防)小規模多機能型居宅介護】

※ 条件によって追加の書類が必要となる場合もあります。

※ 加算に係る届出に伴い、通常規程等に変更がある場合は、変更に係る届出も期日(変更日から10日以内)までにご提出ください。

※ 届出の控え(コピー)は必ず事業所で保管してください。

●印の書類は、加算を取り下げる場合には不要です。
▲印の書類は、該当しない場合には不要です。

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護

知多北部広域連合							
	短期利用型	認知症加算	看護職員配置加算	看取り連携体制加算	訪問体制強化加算	総合マネジメント体制強化加算	サービス提供体制強化加算
	若年性認知症入所者受け入れ加算	看護職員配置加算	看取り連携体制加算	訪問体制強化加算	総合マネジメント体制強化加算	サービス提供体制強化加算	科学的介護推進体制加算
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 <地域密着型・居宅介護支援事業用>	○	○	○	○	○	○	○
[別紙1-3-2] 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○	○	○	○
[別紙13] 看取り連携体制加算に係る届出書			○				
[別紙14-5] サービス提供体制強化加算に係る届出書					○		
サービス提供体制強化加算 計算書				●			
[別紙28] 生産性向上推進体制加算に係る届出書 ※委員会の議事概要も添付					○		
[別紙4-2] 総合マネジメント体制強化加算に係る届出書					○		
[別紙4-4] 認知症加算(Ⅰ)・(Ⅱ)に係る届出書		○			○		
[別紙4-5] 訪問体制強化加算に係る届出書				●	○		
従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ※算定期開始日から4週間分の予定がわかるもの			●			●	
資格者証及び必要な研修修了証の写し ※専門性により性が異なる場合は戸籍謄本等 の写しおど確認ができる書類も添付				●		◀	
実務経験証明書						◀	
看取り期における対応方針				●			
委員会の議事概要・相談書類						○	

加算取得における必要書類一覧【(介護予防)認知症対応型共同生活介護】

* 条件によって追加の書類が必要となる場合もあります。

* 加算に係る届出に伴い、運営規程や計画作成担当者等に変更がある場合は、変更に係る届出も期日(変更日から10日以内)までにご提出ください。

* 届出の控え(コピー)は必ず事業所で保管してください。

知多北部広域連合

●▲印の書類は、加算を取り下げる場合には不要です。

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護

	夜間支援体制加算 老年性認知症 入所者専用加算	入院期間中の体制 看取り介護加算	医療通棟体制加算 医療通棟体制加算	認知症専門ケア 加算	認知症チームケア推進加算 認知症チームケア推進加算	サービス提供体制 強化加算	サービス提供体制 強化加算	高齢者施設等感染 対策向上加算 生活性向上推進 体制加算	科学的介護技術 体制加算	LIFEへの登録
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 <地域密着型・居宅介護支援事業用>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
【別紙1】 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
【別紙9-7】 看取り介護加算に係る届出書			○							
【別紙9-6】 サービス提供体制強化加算に関する届出書					●					
サービス提供体制強化加算 計算書										
【別紙26】 認知症専門ケア加算に係る届出書				○						
【別紙4-6】 夜間支援体制加算に係る届出書				○						
【別紙4-1】 認知症チームケア推進加算に係る届出書					○					
【別紙4-8】 別紙4-8-2】 医療通棟体制加算に係る届出書					○					
【別紙28】 生活性向上推進体制加算に係る届出書 ※委員会の議事録も添付								○		
【別紙35】 高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書								○		
従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ※算定期間(治日から4週間分)の予定がつかるもの					●	● ※加算1のみ				
資格者証及び必要な研修修了証の写し ※看取り等により性別が異なる場合は両種原本等 の写しなど確認ができる書類も添付						● ※加算1のみ	●	◀		
実務経験証明書							●	◀		
・看取りにに関する指針 ・職場研修実施記録 ・看取りに関する計画書・同意書										
・重度化対応方針 ・24時間対応できる体制がわかるもの ・医療連携契約書の写し						● ※加算1のみ				

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

介護職員処遇改善加算等

介護職員処遇改善加算を算定する場合、
毎年度、加算の届出及び計画書、実績報告書の提出が
必要です。



▲参考ホームページは[こちら](#)

(1) 必要書類

書類一覧（次ページ）に記載されている項目をご覗ください。

(2) 届出期限

届出期限の日が休日の場合は、その直前の営業日までに届出が必要となります。

内容	届出期限	算定開始月
年度の全期間で算定	算定する年度の 前年度の2か月前の 末日	4月 (3月終了)
年度の途中から算定	算定する月の 前々月の末日	翌々月 (3月終了)
加算率の変更（Ⅱ→Ⅰ等）	算定する前月の 15日以前	翌月
	算定する月の前月の 16日以降	翌々月
実績報告 ※年度途中で算定しなくなった 場合も同様	最終の加算の支払いが あった月の <u>翌々月の末日</u>	—

例

令和8年3月まで算定された場合は令和8年5月に支払いがあるため、
令和8年7月末日が提出期限となります。

介護職員処遇改善加算等の申請に必要な添付書類一覧

※下記一覧はあくまで参考であり、条件によって追加の書類が必要となる場合があります。

また、隨時見直しを行っておりますので、書類を提出される際には再度知多北部広域連合のホームページをご確認ください。

△印は原則添付不要。広域連合から求めがあった場合に提示してください。

届出区分	加算届	実績報告	
届出内容	新規定届月出か分から2ヶ月前までの末日期限	定期新規届出分（毎年年度度2月から末毎年年度）必要	定期新規届出（毎年年度度7月から末毎年年度）必要
提出書類			△時報告分（事業廃止分）
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 ※事業所番号ごとに作成してください。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 ※事業所番号ごとに作成してください。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
介護職員等処遇改善加算等 処遇改善計画書(令和〇〇年度届出用)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
処遇改善計画書 個票(施設・事業所別)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
就業規則及び給与規程の写し 注)処遇改善加算 I・II 以外を算定する場合は、変更がなければ不要	<input type="radio"/>	△	
キャリアパス要件 I 又はIIIの確認書類 ※キャリアパス要件 I 及びIIIの双方に非該当の事業所は不要 ※就業規則及び給与規程で要件の適合が確認できる場合は不要	<input type="radio"/>	△	
キャリアパス要件 IIに係る計画書 ※キャリアパス要件 IIに非該当の事業所は不要	<input type="radio"/>	△	
労働保険に加入していることが確認できる書類 ※労働保険関係成立届、労働保険概算・確定保険料申告書等 ※新規事業所の場合は、手続き完了後速やかに提出してください。	<input type="radio"/>	△	
介護職員等処遇改善加算等 実績報告書(令和〇〇年度届出用)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
実績報告書 個票(施設・事業所別)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

※1 既に届出済みの法人に一事業所を追加する場合の介護職員処遇改善計画書の作成方法は、
①追加する一事業所のみの作成

②追加事業所を含む法人全体の事業所分としての作成 のどちらでも可能です。

※2 合併までの実績報告及び合併後の処遇改善計画書が必要です。

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（訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与）について、
同一法人の事業所の割合が80%を超える場合、
正当な理由の有無にかかわらず、
知多北部広域連合へ届け出る必要があります。



▲参考ホームページはこちら

(1) 必要書類

紹介率が80%を超えたサービスが
一つでもあった場合

-
- ①「特定事業所集中減算届出書」
 - ②「特定事業所集中減算届出書に係る計算書」
 - ③その他必要となる書類
を電子メールor郵送で提出

前回届出をしたが、
今回は80%を超えるサービスが
なかった場合

- 届出は不要
※①②は5年間保存すること。

減算となる場合
or
減算でなくなる場合

-
- ①「特定事業所集中減算届出書」
 - ②「特定事業所集中減算届出書に係る計算書」
 - ③「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」
 - ④「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」
を電子メールor郵送で提出

紹介率が80%を超えたサービスが
なかった場合

- 届出は不要
※①②は5年間保存すること。

※ 計算期間途中で新たに開設または再開した事業所についても、計算書を作成し、必要であれば知多北部広域連合へ届け出てください。
※ 営業停止または休止の事業所については、計算書の作成や届出が必要ない場合がありますのでご相談ください。

(2) 届出期限

届出期限の日が休日の場合は、その直前の営業日までに届出が必要となります。

内容	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

加算・減算に関する届出の注意事項

- 加算の算定・加算率変更に伴い、勤務体制や運営規程等に変更が生じる場合、変更の届出も必要になります。
- 加算を算定する場合、利用者への案内及び同意書を作成してください。
- 期限までに必要書類が整わない場合、加算の算定が認められません。
- 指定基準に定められた介護職員等を配置していない場合など、減算対象の体制となった際は、減算の届出をしてください。

!

加算の算定要件について、認識に誤りがあるまま間違った運営を行っていると算定要件を満たしていない不正請求として「介護報酬の返還」となります。

算定要件の解釈に悩んだ場合には、知多北部広域連合へご相談ください。

※義務化された内容や、減算等については、「1-C 知多北部広域連合からの連絡事項」を確認してください。

C 宿泊サービス事業の届出

地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、介護予防通所介護相当サービスにおいて、営業時間外に必要な介護及び宿泊を伴うサービス（以下「宿泊サービス」という）を提供する場合、「愛知県における指定通所介護事業所等で提供する宿泊サービス事業の指針」に準じ、サービスの提供開始前に知多北部広域連合へ届出が必要です。

（1）届出先

事前連絡した上で、以下の書類を知多北部広域連合まで持参してください。

必要書類

- 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
- 事業所の平面図（任意様式可）
- 宿泊室を写した写真（任意様式可）

（2）届出期限

内容	届出期限
開始する場合	サービスの提供開始前
届出内容に変更があった場合	変更後 10日 以内
廃止または休止する場合	廃止または休止する日の 1か月 前まで
再開する場合	サービスを再開する前

（3）その他

本届出に係る事務の取扱い事項は、愛知県の取扱いに準じています。

[愛知県高齢福祉課介護保険指定・指導グループのホームページ](#)を参考にしてください。



D 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。

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。

★厚生労働省が定める回数

訪問介護の回数（1か月あたり）

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。

（1）届出方法

以下の書類を知多北部広域連合給付係宛に郵送または持参してください。

必要書類（用紙はA4サイズに統一）

- 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
- 居宅サービス計画書「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の提出で可。
- 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。

(2) 届出期限

当該ケアプランを交付（作成・変更）した月の翌月末まで

※ 一度検証したケアプランの次回の届出は一年後でよいものとします。

(3) 注意事項

平成30年10月1日より前に、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が作成されている場合であっても、平成30年10月1日以降、計画の変更または更新で、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を作成したときは、届出が必要になります。

※平成30年10月1日より前に作成した居宅サービス計画書に記載の利用回数と変更がない場合であっても、利用回数が基準回数以上の居宅サービス計画であれば届出が必要です。



▲[参考ホームページはこちら](#)

E 支給限度額等一定割合超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。

(1) 届出及び検証対象となるケアプラン

以下の要件に該当し、知多北部広域連合から届出の依頼があったもの。

- ① 区分支給限度基準額の利用割合が7割以上
かつ
- ② その利用サービスの6割以上を「訪問介護」が占めるケアプラン

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

«要件のイメージ»

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

(2) 届出方法

以下の書類を知多北部広域連合給付係宛に郵送または持参してください。

必要書類（用紙はA4サイズに統一）

- 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
- 居宅サービス計画書「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。

※ 知多北部広域連合から届出の依頼を受けた居宅介護支援事業所は、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。

(3) その他

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。

F 電子申請届出システム

介護サービスに係る指定及び報酬請求に関する申請・届出について、介護事業者が全ての地方公共団体に対して所要の申請・届出を簡易に行うことを可能とする観点から、厚生労働省において「電子申請届出システム」の運用が開始されました。

知多北部広域連合においても、本システムによる受付を令和6年11月より開始し、令和8年4月からは原則として電子申請届出システムによる受付とさせていただきます。

(1) 準備すること

GビズIDの取得

システムの利用には、GビズID（プライム又はメンバーのいずれか）の取得が必須となります。IDを持っていない場合は作成をお願いします。

アカウント種類	内容・ID作成方法
GビズID (プライム)	組織代表者向けアカウント ・郵送（原則2週間以内の発行）またはオンライン※（最短即日発行）にて作成 ※未対応の法人種別あり
GビズID (メンバー)	従業者（事業所）向けアカウント ・GビズIDプライム取得後、マイページ内「GビズIDメンバー管理」より作成
GビズID (エントリー)	<div style="border: 1px dashed green; padding: 5px; text-align: center;">GビズID（エントリー） ではご利用できません。</div>

【GビズIDについてのお問い合わせ（デジタル庁 GビズID）】

☎電話 0570-023-797【受付時間】9:00～17:00(土・日・祝・年末年始除く)
✉メール support@gbiz-id.go.jp

登記情報提供サービスへの登録

申請時の添付書類として必要な登記事項証明書については、紙媒体での提出のほか、法務局が管轄する「登記情報提供サービス」で取得した電子データでの提出が可能となります。

利用にあたっては、あらかじめ申込手続（1か月程度）が必要となります。また、サービスを利用する際、利用料金が発生します。

詳しくは登記情報提供サービスホームページをご確認ください。



登記情報提供サービスの登録・利用は必須ではありません。登記情報提供サービスを利用しない場合は、登記事項証明書の原本写しをPDFデータにて「電子申請届出システム」にて添付したうえで、原本（紙媒体）を別途、郵送または窓口にてご提出ください。

（2）電子申請届出システムへログイン

<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/>



電子申請・届出システム

法務省登記 ふるさと 二級登記 電子窓口

GビズIDでログインする

Gbiz ID | GビズIDでログインする

Gbiz ID | GビズIDを作成する

*本機能を開始していない自治体もありますので、事前に申請先自治体に確認をお願いいたします。

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare. All Right reserved.

G 協力医療機関の届出

1 協力医療機関との連携体制の構築

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

ア

- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

イ

1年に1回以上(前回確認日から翌年6月30日までの期間)、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ

入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

地域密着型特定施設入居者生活介護

認知症対応型共同生活介護

高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

ア

- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。

イ

1年に1回以上(前回確認日から翌年6月30日までの期間)、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ

利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

2 届出

- ① 届出書を毎年6月30日までにご提出ください。
- ② 協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。また、その際に協力内容が分かる書類(協定書等)の添付をしてください。
- ③ 協力医療機関と単年契約の事業所については、毎年協力内容が分かる書類(協定書等)を添付してください。それ以外の事業所については、毎年協力内容が分かる書類(協定書等)の添付は必要はありませんが、協力医療機関等と協力内容を確認したことがわかる記録を事業所にて保存してください。

協力医療機関に関する届出書

令和 年 月 日

6月30日まで

知多北部広域連合長 殿

届出者	フリガナ 名 称		
	事務所・施設の所在地	(郵便番号 一) (ビルの名称等)	
	連絡先 事業所番号	電話番号	FAX番号
	事業所・施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防)特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護 <input type="checkbox"/> 7 介護医療院 <input type="checkbox"/> 9 軽費老人ホーム	
	代表者の職・氏名	職名	以下同様
	代表者の住所	(郵便番号)	
協力医療機関	①施設基準(※1)第1号(※2)の規定を満たす協力医療機関	医療機関名	医療機関コード
	入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和 年 月 日	協力医療機関の担当者名
	②施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関	医療機関名	医療機関コード
	入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和 年 月 日	協力医療機関の担当者名
(事業所・施設種別4~8のみ) ③施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力病院	医療機関名	医療機関コード	
入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和 年 月 日	協力医療機関の担当者名	
上記以外の協力医療機関	医療機関名	医療機関コード	
	医療機関名	医療機関コード	
	医療機関名	医療機関コード	
た施す設協基力準医第機号、 を第定2め号及いひな第3場合の規※定5を満	第1号から第3号の規定(※5)にあたり過去1年間に協議を行った医療機関数		
協議をした医療機関との対応の取り決めが困難であった理由			
(過去1年間に協議を行っていない場合) 医療機関と協議を行わなかった理由			
届出後1年内に協議を行う予定の医療機関	医療機関名(複数可)		
病院等を想定	協議を行う予定期	令和 年 月	
(協議を行う予定の医療機関がない場合) 基準を満たす協力医療機関を定めるための今後の具体的な計画(※6)			
関係書類 別添のとおり			

備考 1 各協力医療機関との協約内容が分かる書類(協定書等)を添付してください。

2 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームについては「施設基準(※1)第3号の規定を満たす協力病院」の欄の記載は不要です。

3 協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。

(※1) 各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準は裏面を参照。

(※2) 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

(※3) 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

(※4) 入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

(※5) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームは第1号及び

(※6) 「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載

(各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準)

特定施設入居者生活介護 : 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第191条第2項

地域密着型特定施設入居者生活介護 : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第127条第2項

認知症対応型共同生活介護 : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条第2項

介護老人福祉施設 : 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第28条第1項

地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第152条第1項

介護老人保健施設 : 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第30条第1項

介護医療院 : 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項

H 事故等発生時の報告の取扱い

1 報告が必要な事故

報告事項	内容	例
サービスの提供によるケガ又は死亡事故	医師の診断を受け、処置等の必要が生じたもの	<ul style="list-style-type: none">・転倒による骨折・誤嚥による窒息・誤薬による受診・熱中症
感染症又は食中毒 (コロナウイルス感染症含む)	<ul style="list-style-type: none">・死亡者、重篤患者が1週間に2名以上発生したもの・10名以上又は全利用者の半数以上の発生したもの・通常以上の発生で施設長が報告を必要と認めたもの	<p>疥癬、インフルエンザ、コロナウイルス感染症等</p> <p>※コロナウイルス感染症についても事故報告書にて報告可能。</p>
職員の法令違反等	利用者の処遇に影響があるもの	<ul style="list-style-type: none">・利用者からの預かり金の横領等・利用者への虐待
その他	報告が必要と認められるもの	<ul style="list-style-type: none">・利用者の保有する財産の滅失等・ケガはないがトラブルに発展

※利用者が病気等により死亡した場合であっても後日トラブルが生じる可能性が認められるものは報告するものとする。

2 報告方法

- ① 別紙事故報告書の様式に可能な限り記載の上、遅くとも5日以内に第一報を報告
- ② その後の経過について、順次報告
- ③ 再発防止策をまとめ、事故処理の区切りがついたところで最終の報告

※事故報告書は提出方法を問いませんが、内容によって後日窓口でヒアリングをさせていただきます。

3 報告先

- ① 被保険者の属する保険者（市町村）
- ② 事業所が所在する保険者（市町村）

※知多北部広域連合だけでなく、各市町にも報告していただきますようお願いいたします。

例

東海市にある事業所が大府市在住利用者の事故報告をする場合、

- ①被保険者の属する保険者（市町村）
- ②事業所が所在する保険者（市町村）

報告

- ①知多北部広域連合（給付係）
- ②大府市（高齢障がい支援課）
- ③東海市（高齢者支援課）

報告の取扱いについては、愛知県の示す標準例に準じています。



事故報告書 (事業者→知多北部広域連合・事業所が所在する市町)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

続報の場合、第○報または最終報告にチェックしてください。

第1報

第 報

最終報告

提出日：西暦○○○○年○○月○○日

1 事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置		<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 死亡		<input type="checkbox"/> その他 ()					
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦	年	月	日								
2 事業所の概要	法人名	○○株式会社											
	事業所(施設)名	グループホーム○○				事業所番号	230000000						
	サービス種別	認知症対応型共同生活介護				電話番号	000-000-0000						
	所在地	○○市○○町○○丁目○○番地											
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏名	広域 太郎		年齢	80		性別：	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性			
	生年月日・被保険者番号	西暦	1942	年	12	月	26	日	被保険者番号	0000123456			
	サービス提供開始日	西暦	2020	年	5	月	20	日	保険者	知多北部広域連合			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()											
	身体状況	要介護度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
要支援1		要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	自立					
4 事故の概要	発生日時	西暦	○○○○	年	○○	月	○○	日	○○	時	○○	分頃 (24時間表記)	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下				<input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外							
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()											
		事故の種別欄に、感染症等の項目を追加しました。コロナウイルス感染症についても、事故報告書にて報告可能となります。											
		<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 食中毒・感染症等 <input type="checkbox"/> 徘徊・行方不明・離脱 <input type="checkbox"/> その他 ()											
発生時状況、事故内容の詳細	※食中毒・感染症の場合は人数、症状、対応状況を記入												
※食中毒・感染症の場合は人数、症状、対応状況を記入	昼食後、椅子から立ち上がり歩いてトイレに移動しようとしたところ、近くのテーブルから出ていた椅子の脚につまづき転倒。介護職員は、別の利用者の食事介護の対応をしていた。転倒直後に右足の痛みを訴えられた。右足鼠径部に膨張あり。												
その他 特記すべき事項													
5 事故発生時の対応	発生時の対応	バイタルサイン測定 血圧：160/100mmHg 脈拍：90 体温：36.8度 12:55 救急車を電話で呼ぶ 13:05 救急車で搬送 13:20 ○○病院に到着											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応				<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)		<input type="checkbox"/> 救急搬送		<input type="checkbox"/> その他 ()			
	受診先	医療機関名	○○病院			連絡先(電話番号)	0000-00-0000						
	診断名	右大腿部頸部骨折											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：右大腿部) <input type="checkbox"/> その他 ()											

検査、処置等の概要		○○/△△ 退院予定								
6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況	普段は独歩。最近ふらつくことがあったため、靴をきちんと履いているかの確認を行うこと、トイレ等、移動時は声掛けをしてもらい、付き添いすることとしていた。 ご家族に電話し救急搬送したことを伝える。病院で合流し、施設職員と共に医師の説明を受ける。ご家族に転倒の状況を報告、謝罪を行った。								
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者	<input type="checkbox"/> その他（ ）					
		報告年月日	西暦 ○○○○	年 ○○	月 ○○	日 				
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体			<input type="checkbox"/> 警察			<input type="checkbox"/> その他		
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり（内容を9その他特記すべき事項に記載すること）						
	家族の反応及び経過 (家族等の反応について、 可能な限り詳細にご記入く ださい。)	<input checked="" type="checkbox"/> 解決又は終結している <input type="checkbox"/> 継続している								
ご家族への反応及び経過について、 適宜記入してください。										
7 事 故 の 原 因 分 析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること) <input type="checkbox"/> 報告日までに間に合わないため、まとまり次第後日報告します。									
	<ul style="list-style-type: none"> ・靴はかかとを踏まず履けていた。 ・テーブルから出ている椅子があった。 ・普段からの物静かであり、移動時に声掛けすることに慣れていた。 ・移動・移乗動作は見守り・付き添いを行っていたが、食堂の椅子に移る際の転倒に対応できる場所に職員を配置しておらず、転倒への対応ができなかった。 									
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること) <input type="checkbox"/> 報告日までに間に合わないため、まとまり次第後日報告します。									
9 その他 特記すべき事項										

※第1報は、遅くとも5日以内を目安に提出をお願いしていますが、7事故の原因分析及び8再発防止策について、期日までにまとまらない場合は、後日統報として該当欄を記載したものを提出してください。

※業務の効率化及び迅速な対応を行う為、原則電子的な方法（電子メール等）での提出をお願いします。

«再発防止策検討ポイント»

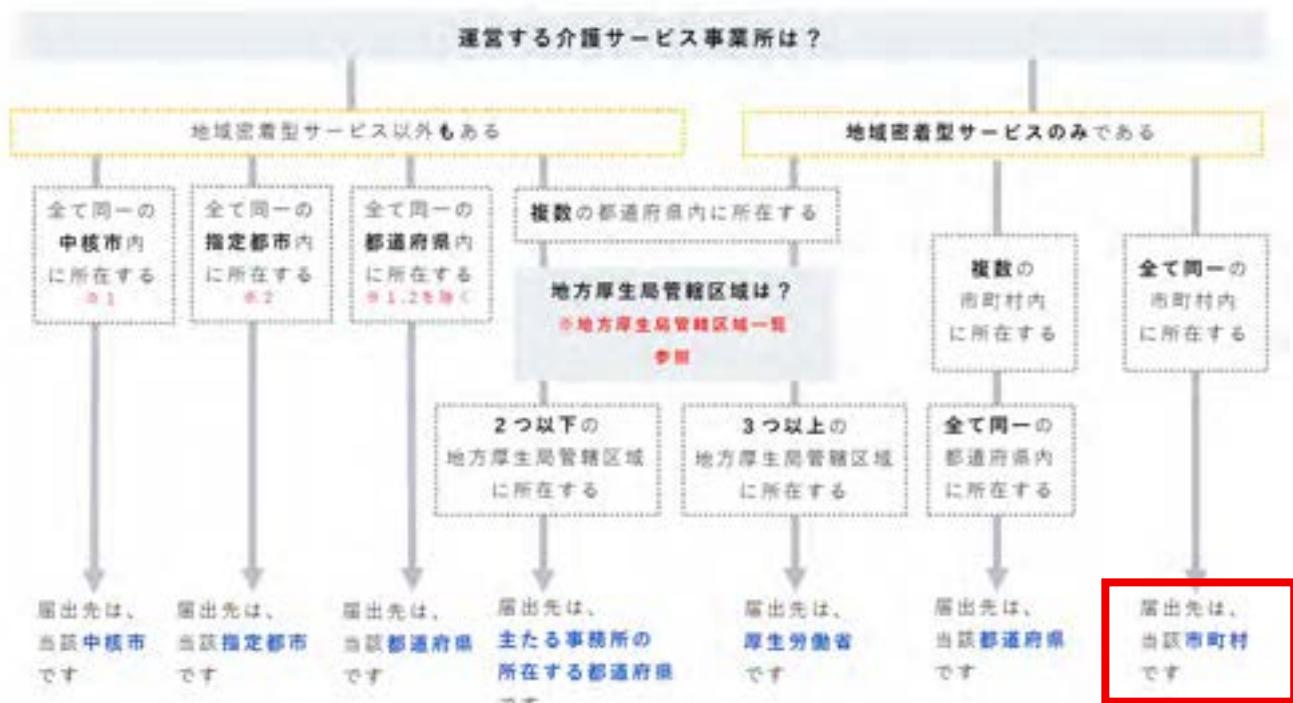
- ① 利用者の普段の状況・状態はどうか
- ② 事故の要因は何か（人的要因、環境要因）
- ③ 事故の要因はどのように・なぜ発生したのか
- ④ 事故の要因を発生させないためには何が必要か

I 業務管理体制整備に関する届出

介護保険法第115条の32により、介護サービス事業者（以下「事業者」という。）には、法令遵守等の業務管理体制の整備が義務付けられています。

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

フローチャート



【】 全て同一の市町村内に所在する事業所とは、全て知多北部広域連合管内に所在する事業所を指します。

【】 指定又は廃止等により届出先が変わる場合がございますのでご注意ください。また、休止中の事業所も事業所数に含みます。