

資料4

介護予防・日常生活支援総合事業について

令和4年1月

高齢福祉課

指定事業者の変更届等の事務手続きにかかる留意事項について

届出提出・受付

- (1) 事業所の指定
指定申請書の提出・受付・・・事業開始希望日の前々月の15日まで
- (2) 事業所変更届
変更届の提出日（提出方法：メール可）
- ・算定する単位数が増加する場合・加算体制を追加する場合：
⇒変更しようとする月の前月の15日まで
 - ・算定する単位数が減少する場合・加算体制を廃止する場合：
⇒変更後直ちに
 - ・上記以外の場合
⇒変更事由のあった日から、10日以内
- (3) 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算
- ・加算（計画書）の届出・・・2月末 *計画書に不備がある場合訂正を行う
 - ・加算の実績報告・・・7月末
*実績で賃金改善がなされていないとき、既に支給された加算の一部もしくは全部を不正受給として返還させること又は、加算を取り消すことがある。
- ★提出先：山口市介護保険課へ1部（提出方法：メール可）

届出書の添付書類等

(1) 定員や提供職員の員数の増減時

| 項目 | 留意する点 |
|--------------------|--|
| 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 | 指定申請参考様式（参考様式6）等の一覧表提出 相当サービスと緩和型サービスは、別作成で提出 |
| サービス提供実施単位一覧表 | 提供時間を変更した時に提出 相当サービスと緩和型サービスは、別作成で提出 |
| 資格証の写し | 介護職員等新規者及び異動者分を提出 |
| 代表者の変更 | 登記事項証明書を添付して変更届を提出 役員の氏名及び住所の変更は届出不要 |
| 事業所（施設）の管理者の変更 | 「事業所の管理者の経歴」は不要 ※管理者の氏名（フリガナ）・生年月日・住所及び郵便番号を、変更届の「変更の内容」欄に記載してください。 |

(2) 設備等面積の変更時

| 項目 | 留意する点 |
|--------------------|--|
| 平面図（各室ごとの用途・面積を明示） | 定員数増の変更時、設備の基準（利用者の必要な広さ）を要確認 ※総合事業の変更がない場合でも、他のサービスの変更時には、利用者の必要な広さの確保が必要 （例）県指定の通所介護若しくは、山口市指定の地域密着型通所介護及び総合事業通所介護相当サービスと総合事業通所型サービスA-①、②（緩和型）を一体的に運営しているとき、1人あたり3㎡以上の面積の広さの確保ができているかを確認のこと。 |

(3) 加算の変更時

| 項目 | 留意する点 |
|-----------------|---------------------|
| 事業費算定に係る体制状況一覧表 | 変更のない項目を含めて○印を記載のこと |

- ・介護予防・生活支援サービス事業費算定に係る体制状況一覧表（加算等届）は、第一号事業者変更届出書とともに提出のこと。

緩和型サービスの加算（山口市独自）について

- 居宅内生活支援加算・・・通所型サービス（体と脳の機能アップ教室）のみ算定可
 - ・通所型サービスA-①の送迎時に居宅内において、生活支援を実施した場合、1回200円の加算。
 - ・支援時間は、20分以内で、1日の算定は、1回のみ。
 - ・あらかじめケアプランに支援内容の記載が必要。
 - ・支援内容は、重たいものの移動（例：買い物を冷蔵庫前や、勝手口までもっていく。）、灯油の継ぎ足し、電球の付け替え、ごみ出し等。

山口市介護予防・日常生活支援総合事業
第一号事業者変更届出書

年 月 日

山口市長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者氏名

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（施設） | | 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 |
| 1 | 事業所（施設）の名称 | (変更前) |
| 2 | 事業所（施設）の所在地 | |
| 3 | 申請者の名称 | |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | |
| 5 | 代表者（開設者）の変更 | |
| 6 | 登録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 | (変更後) |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の変更 <small>※管理者の氏名（フリガナ）・生年月日・住所及び郵便番号を、変更届の「変更の内容」欄に記載してください。</small> | |
| 9 | 運営規程 | |
| 10 | その他 | |
| | | |
| | | |

備考 変更内容がわかる書類を添付してください。

介護予防・生活支援サービス事業費算定に係る体制等状況一覧表(訪問型サービス)

| | | | |
|-------|-----|-------|--|
| 事業所名 | | | |
| 記入担当者 | 氏名: | 電話番号: | |

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 事業所番号 | | | |
| 適用年月日 | | | |

※届出年月日ではありません

※実施するサービスに○を付け、すべての項目に対し該当する番号に○を付けてください。(変更の場合においても、変更のない項目を含め全て記載してください。)

※印刷後、○の付した位置(番号)が正しいかどうかを確認してからご提出ください。

※第一号事業者変更届出書も併せてご提出ください。

| 提供サービス | | その他該当する体制等 | | | | | | | LIFEへの登録 | 割引 | |
|--------|---------------------------|------------------|-------|-------|--------|---------|--------|-------|----------|-----------|-----------|
| A2 | 訪問型サービス 【訪問介護相当サービス】 | 特別地域加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | | 1 なし 2 あり | 1 なし 2 あり |
| | | 小規模事業所加算 | 1 非該当 | 2 該当 | | | | | | | |
| | | 中山間地域等提供加算 | 1 非該当 | 2 該当 | | | | | | | |
| | | 生活機能向上連携加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | | | |
| | | 介護職員処遇改善加算 | 1 なし | 6 加算I | 5 加算II | 2 加算III | 3 加算IV | 4 加算V | | | |
| | | 介護職員等特定処遇改善加算 | 1 なし | 2 加算I | 3 加算II | | | | | | |
| | | 社会福祉法人利用者負担額軽減制度 | 1 なし | 2 あり | | | | | | | |
| A3 | 訪問型サービス 【指定事業者訪問型サービス】 | 特別地域加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | | / | 1 なし 2 あり |
| | | 小規模事業所加算 | 1 非該当 | 2 該当 | | | | | | | |
| | | 中山間地域等提供加算 | 1 非該当 | 2 該当 | | | | | | | |
| | | 生活機能向上連携加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | | | |
| | | 介護職員処遇改善加算 | 1 なし | 6 加算I | 5 加算II | 2 加算III | 3 加算IV | 4 加算V | | | |
| | | 介護職員等特定処遇改善加算 | 1 なし | 2 加算I | 3 加算II | | | | | | |
| | | 社会福祉法人利用者負担額軽減制度 | 1 なし | 2 あり | | | | | | | |

介護予防・生活支援サービス事業費算定に係る体制等状況一覧表(通所型サービス)

| | |
|----------|-------|
| 事業所名 | |
| 記入担当者氏名: | 電話番号: |

| | |
|-------|--|
| 事業所番号 | |
| 適用年月日 | |

※届出年月日ではありません

※実施するサービスに○を付け、すべての項目に対し該当する番号に○を付けてください。(変更の場合においても、変更のない項目を含め全て記載してください。)

※印刷後、○の付した位置(番号)が正しいかどうかを確認してからご提出ください。

※第一号事業者変更届出書も併せてご提出ください。

| 提供サービス | | その他該当する体制等 | | | | | | LIFEへの登録 | 割引 |
|------------------|-------------------------|----------------|-------|--------|--------|-------|-------|-----------|-----------|
| A6 | 通所型サービス 【通所介護相当サービス】 | 職員の欠員による減算 | 1 なし | 2 看護職員 | 3 介護職員 | | | 1 なし 2 あり | 1 なし 2 あり |
| | | 中山間地域等提供加算 | 1 非該当 | 2 該当 | | | | | |
| | | 若年性認知症利用者受入加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 生活機能向上グループ活動加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 運動器機能向上加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 栄養アセスメント加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 栄養改善加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 口腔機能向上加算 | 1 なし | 2 加算Ⅰ | 3 加算Ⅱ | | | | |
| | | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 なし | 2 加算Ⅰ | 3 加算Ⅱ | | | | |
| | | 選択的サービス複数実施加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 事業所評価加算[申出]の有無 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 事業所評価加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 科学的介護推進体制加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | サービス提供体制強化加算 | 1 なし | 5 加算Ⅰ | 4 加算Ⅱ | 6 加算Ⅲ | | | |
| | | 生活機能向上連携加算 | 1 なし | 3 加算Ⅰ | 2 加算Ⅱ | | | | |
| | | 介護職員処遇改善加算 | 1 なし | 6 加算Ⅰ | 5 加算Ⅱ | 2 加算Ⅲ | 3 加算Ⅳ | 4 加算Ⅴ | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 1 なし | 2 加算Ⅰ | 3 加算Ⅱ | | | | | | |
| 社会福祉法人利用者負担額軽減制度 | 1 なし | 2 あり | | | | | | | |

介護予防・生活支援サービス事業費算定に係る体制等状況一覧表(通所型サービス)

| | |
|-----------|-------|
| 事業所名 | |
| 記入担当者 氏名: | 電話番号: |

| | |
|-------|--|
| 事業所番号 | |
| 適用年月日 | |

※届出年月日ではありません

※実施するサービスに○を付け、すべての項目に対し該当する番号に○を付けてください。(変更の場合においても、変更のない項目を含め全て記載してください。)

※印刷後、○の付した位置(番号)が正しいかどうかを確認してからご提出ください。

※第一号事業者変更届出書も併せてご提出ください。

| 提供サービス | | その他該当する体制等 | | | | | | LIFEへの登録 | 割引 |
|------------------|--------------------------|------------------|-------|--------|--------|---------|--------------|----------|-----------|
| A7 | 通所型サービス 【体と脳の機能アップ教室】 | 職員の欠員による減算 | 1 なし | 2 看護職員 | 3 介護職員 | | | / | 1 なし 2 あり |
| | | 中山間地域等提供加算 | 1 非該当 | 2 該当 | | | | | |
| | | 居宅内生活支援加算(A-①のみ) | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 若年性認知症利用者受入加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 生活機能向上グループ活動加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 運動器機能向上加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 栄養改善加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 口腔機能向上加算 | 1 なし | 2 加算I | 3 加算II | | | | |
| | | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 なし | 2 加算I | 3 加算II | | | | |
| | | 選択的サービス複数実施加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 事業所評価加算[申出]の有無 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 事業所評価加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | サービス提供体制強化加算 | 1 なし | 5 加算I | 4 加算II | 6 加算III | | | |
| | | 生活機能向上連携加算 | 1 なし | 3 加算I | 2 加算II | | | | |
| | | 介護職員処遇改善加算 | 1 なし | 6 加算I | 5 加算II | 2 加算III | 3 加算IV 4 加算V | | |
| | | 介護職員等特定処遇改善加算 | 1 なし | 2 加算I | 3 加算II | | | | |
| 社会福祉法人利用者負担額軽減制度 | 1 なし | 2 あり | | | | | | | |

介護予防・生活支援サービス事業費算定に係る体制等状況一覧表(通所型サービス)

| | |
|-----------|-------|
| 事業所名 | |
| 記入担当者 氏名: | 電話番号: |

| | |
|-------|--|
| 事業所番号 | |
| 適用年月日 | |

※届出年月日ではありません

※実施するサービスに○を付け、すべての項目に対し該当する番号に○を付けてください。(変更の場合においても、変更のない項目を含め全て記載してください。)

※印刷後、○の付した位置(番号)が正しいかどうかを確認してからご提出ください。

※第一号事業者変更届出書も併せてご提出ください。

| 提供サービス | | その他該当する体制等 | | | | | | LIFEへの登録 | 割引 |
|------------------|------------------------|----------------|-------|--------|--------|-------|-------------|----------|-----------|
| A7 | 通所型サービス 【足腰機能アップ教室】 | 職員の欠員による減算 | 1 なし | 2 看護職員 | 3 介護職員 | | | / | 1 なし 2 あり |
| | | 中山間地域等提供加算 | 1 非該当 | 2 該当 | | | | | |
| | | 若年性認知症利用者受入加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 生活機能向上グループ活動加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 運動器機能向上加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 栄養改善加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 口腔機能向上加算 | 1 なし | 2 加算Ⅰ | 3 加算Ⅱ | | | | |
| | | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 なし | 2 加算Ⅰ | 3 加算Ⅱ | | | | |
| | | 選択的サービス複数実施加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 事業所評価加算[申出]の有無 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | 事業所評価加算 | 1 なし | 2 あり | | | | | |
| | | サービス提供体制強化加算 | 1 なし | 5 加算Ⅰ | 4 加算Ⅱ | 6 加算Ⅲ | | | |
| | | 生活機能向上連携加算 | 1 なし | 3 加算Ⅰ | 2 加算Ⅱ | | | | |
| | | 介護職員処遇改善加算 | 1 なし | 6 加算Ⅰ | 5 加算Ⅱ | 2 加算Ⅲ | 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ | | |
| | | 介護職員等特定処遇改善加算 | 1 なし | 2 加算Ⅰ | 3 加算Ⅱ | | | | |
| 社会福祉法人利用者負担額軽減制度 | 1 なし | 2 あり | | | | | | | |