

IV 指定基準関係告示・通知等

Web 指定基準編 Webコンテンツ

1 指定に関する事務処理関係

- 介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（令和5年12月19日 厚生労働省告示第331号）…………… 2
- △介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式について（令和5年12月19日 老健局高齢者支援課／認知症施策・地域介護推進課／老人保健課）…………… 103
- △介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式について（令和6年3月25日 老健局高齢者支援課／認知症施策・地域介護推進課／老人保健課）…………… 211
- △事業所の吸収分割等に伴う事務の簡素化について（令和2年8月3日 老健局総務課認知症施策推進室／高齢者支援課／振興課／老人保健課）…………… 212

2 設置運営標準指導指針等

- 有料老人ホームの設置運営標準指導指針について（平成14年7月18日 老発第0718003号）…………… 215
- 有料老人ホーム設置者等からの報告の徴収について（平成30年3月30日 老高発0330第3号）…………… 249
- 有料老人ホーム情報提供制度実施要領について（平成30年3月30日 老高発0330第4号）…………… 250
- 有料老人ホームの一覧表の作成・公表及びサービス付き高齢者向け住宅に対する住所地特例に係る事務の周知について（平成27年2月26日 老介発0226第2号・老高発0226第2号・国住心第188号）…………… 252

3 前払金等関係

- 厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置（平成18年3月31日 厚生労働省告示第266号）…………… 256
- △有料老人ホームにおける家賃等の前払金の算定の基礎及び返還債務の金額の算定方法の明示について（平成24年3月16日 老健局高齢者支援課）…………… 258

介護保険法施行規則の規定に基づき 厚生労働大臣が定める様式

(令和5年12月19日 厚生労働省告示第331号)
(今回改正；令和6年3月15日 厚生労働省告示第86号)

介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）の規定に基づき、厚生労働大臣が定める様式を次のように定め、令和6年4月1日から適用する。

次の表の上〔左〕欄に掲げる規定に基づき厚生労働大臣が定める様式は、同表の中欄に掲げる区分に応じ、それぞれ同表の下〔右〕欄に掲げる様式とする。

〔指定訪問介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第114条第5項	介護保険法施行規則第114条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第114条第2項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定訪問入浴介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第115条第5項	介護保険法施行規則第115条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第115条第3項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定訪問看護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第116条第5項	介護保険法施行規則第116条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第116条第3項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定訪問リハビリテーション事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第117条第5項	介護保険法施行規則第117条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第117条第3項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定居宅療養管理指導事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第118条第5項	介護保険法施行規則第118条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第118条第3項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定通所介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第119条第5項	介護保険法施行規則第119条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第119条第2項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定通所リハビリテーション事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第120条第5項	介護保険法施行規則第120条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第120条第3項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定短期入所生活介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第121条第6項	介護保険法施行規則第121条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第121条第3項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定短期入所療養介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第122条第5項	介護保険法施行規則第122条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第122条第3項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定特定施設入居者生活介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第123条第5項	介護保険法施行規則第123条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第123条第3項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定福祉用具貸与事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第124条第5項	介護保険法施行規則第124条第1項の申請書	別紙様式第一号（一）
	介護保険法施行規則第124条第3項の申請書	別紙様式第一号（二）
〔指定特定福祉用具販売事業者に係る指定の申請等〕		

介護保険法施行規則第125条第5項	介護保険法施行規則第125条第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第125条第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
〔指定特定施設入居者生活介護の利用定員の増加の申請〕		
介護保険法施行規則第126条の13第2項	介護保険法施行規則第126条の13第1項の申請書	別紙様式第一号(三)
〔指定居宅サービス事業者の特例に係る病院等の別段の申出・病院若しくは診療所又は薬局〕		
介護保険法施行規則第129条第2項	介護保険法施行規則第129条第1項の申出書	別紙様式第一号(四)
〔指定居宅サービス事業者の特例に係る病院等の別段の申出・介護老人保健施設又は介護医療院〕		
介護保険法施行規則第130条第2項	介護保険法施行規則第130条第1項の申出書	別紙様式第一号(四)
〔共生型居宅サービス事業者の特例に係る別段の申出〕		
介護保険法施行規則第130条の5第2項	介護保険法施行規則第130条の5第1項の申出書	別紙様式第一号(一)
〔指定居宅サービス事業者の名称等の変更の届出等〕		
介護保険法施行規則第131条第5項	介護保険法施行規則第131条第1項の届出	別紙様式第一号(五)
	介護保険法施行規則第131条第3項の届出	別紙様式第一号(六)
	介護保険法施行規則第131条第4項の届出	別紙様式第一号(七)
〔指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第131条の2の2第4項	介護保険法施行規則第131条の2の2第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第131条の2の2第2項の申請書	別紙様式第二号(二)
〔指定夜間対応型訪問介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第131条の3第4項	介護保険法施行規則第131条の3第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第131条の3第2項の申請書	別紙様式第二号(二)
〔指定地域密着型通所介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第131条の3の2第6項	介護保険法施行規則第131条の3の2第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第131条の3の2第3項の申請書	別紙様式第二号(二)
〔指定認知症対応型通所介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第131条の4第5項	介護保険法施行規則第131条の4第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第131条の4第3項の申請書	別紙様式第二号(二)
〔指定小規模多機能型居宅介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第131条の5第5項	介護保険法施行規則第131条の5第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第131条の5第3項の申請書	別紙様式第二号(二)
〔指定認知症対応型共同生活介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第131条の6第5項	介護保険法施行規則第131条の6第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第131条の6第3項の申請書	別紙様式第二号(二)
〔指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第131条の7第4項	介護保険法施行規則第131条の7第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第131条の7第2項の申請書	別紙様式第二号(二)
〔指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第131条の8第4項	介護保険法施行規則第131条の8第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第131条の8第2項の申請書	別紙様式第二号(二)
〔指定複合型サービス事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第131条の8の2第4項	介護保険法施行規則第131条の8の2第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第131条の8の2第2項の申請書	別紙様式第二号(二)
〔共生型地域密着型サービス事業者の特例に係る別段の申出〕		
介護保険法施行規則第131条の11の9第2項	介護保険法施行規則第131条の11の9第1項の申出書	別紙様式第二号(一)
〔事業の廃止又は休止(共生型地域密着型サービス事業者)〕		

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

介護保険法施行規則第 131 条の 11 の 10 第 2 項本文	介護保険法施行規則第 131 条の 11 の 10 第 1 項の届出	別紙様式第二号 (三)
〔指定地域密着型サービス事業者の名称等の変更の届出等〕		
介護保険法施行規則第 131 条の 13 第 5 項	介護保険法施行規則第 131 条の 13 第 1 項の届出	別紙様式第二号 (四)
	介護保険法施行規則第 131 条の 13 第 3 項の届出	別紙様式第二号 (五)
	介護保険法施行規則第 131 条の 13 第 4 項の届出	別紙様式第二号 (三)
〔地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の辞退等〕		
介護保険法施行規則第 131 条の 13 の 2 第 2 項	介護保険法施行規則第 131 条の 13 の 2 第 1 項の届出	別紙様式第二号 (六)
〔公募指定に係る応募等・定期巡回・随時対応型訪問介護看護〕		
介護保険法施行規則第 131 条の 16 第 2 項	介護保険法施行規則第 131 条の 16 第 1 項の申請書	別紙様式第二号 (一)
〔公募指定に係る応募等・小規模多機能型居宅介護〕		
介護保険法施行規則第 131 条の 17 第 2 項	介護保険法施行規則第 131 条の 17 第 1 項の申請書	別紙様式第二号 (一)
〔公募指定に係る応募等・複合型サービス〕		
介護保険法施行規則第 131 条の 18 第 2 項	介護保険法施行規則第 131 条の 18 第 1 項の申請書	別紙様式第二号 (一)
〔指定居宅介護支援事業者に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第 132 条第 4 項	介護保険法施行規則第 132 条第 1 項の申請書	別紙様式第二号 (一)
	介護保険法施行規則第 132 条第 2 項の申請書	別紙様式第二号 (二)
〔指定居宅介護支援事業者の名称等の変更の届出等〕		
介護保険法施行規則第 133 条第 4 項	介護保険法施行規則第 133 条第 1 項の届出	別紙様式第二号 (四)
	介護保険法施行規則第 133 条第 2 項の届出	別紙様式第二号 (五)
	介護保険法施行規則第 133 条第 3 項の届出	別紙様式第二号 (三)
〔指定介護老人福祉施設に係る指定の申請等〕		
介護保険法施行規則第 134 条第 4 項	介護保険法施行規則第 134 条第 1 項の申請書	別紙様式第一号 (一)
	介護保険法施行規則第 134 条第 2 項の申請書	別紙様式第一号 (二)
〔指定介護老人福祉施設の開設者の住所の変更の届出等〕		
介護保険法施行規則第 135 条第 3 項	介護保険法施行規則第 135 条第 1 項の届出	別紙様式第一号 (五)
	介護保険法施行規則第 135 条第 2 項の届出	別紙様式第一号 (八)
〔介護老人保健施設の開設許可の申請等〕		
介護保険法施行規則第 136 条第 8 項	介護保険法施行規則第 136 条第 1 項の申請書	別紙様式第一号 (一)
	介護保険法施行規則第 136 条第 3 項の申請書	別紙様式第一号 (九)
	介護保険法施行規則第 136 条第 4 項の申請書	別紙様式第一号 (二)
	介護保険法施行規則第 136 条第 6 項の申請書	別紙様式第一号 (十)
	介護保険法施行規則第 136 条第 7 項の申請書	別紙様式第一号 (十一)
〔介護老人保健施設の開設者の住所等の変更の届出等〕		
介護保険法施行規則第 137 条第 4 項	介護保険法施行規則第 137 条第 1 項の届出	別紙様式第一号 (五)
	介護保険法施行規則第 137 条第 2 項の届出	別紙様式第一号 (六)
	介護保険法施行規則第 137 条第 3 項の届出	別紙様式第一号 (七)
〔介護医療院の開設許可の申請等〕		
介護保険法施行規則第 138 条第 8 項	介護保険法施行規則第 138 条第 1 項の申請書	別紙様式第一号 (一)
	介護保険法施行規則第 138 条第 3 項の申請書	別紙様式第一号 (九)
	介護保険法施行規則第 138 条第 4 項の申請書	別紙様式第一号 (二)
	介護保険法施行規則第 138 条第 6 項の申請書	別紙様式第一号 (十)
	介護保険法施行規則第 138 条第 7 項の申請書	別紙様式第一号 (十一)
〔介護医療院の開設者の住所等の変更の届出等〕		
介護保険法施行規則第 140 条の 2 の 2 第 4 項	介護保険法施行規則第 140 条の 2 の 2 第 1 項の届出	別紙様式第一号 (五)
	介護保険法施行規則第 140 条の 2 の 2 第 2 項の届出	別紙様式第一号 (六)
	介護保険法施行規則第 140 条の 2 の 2 第 3 項の届出	別紙様式第一号 (七)
〔指定介護予防訪問入浴介護事業者に係る指定の申請〕		
介護保険法施行規則第 140 条の 4 第 5 項	介護保険法施行規則第 140 条の 4 第 1 項の申請書	別紙様式第一号 (一)
	介護保険法施行規則第 140 条の 4 第 3 項の申請書	別紙様式第一号 (二)
〔指定介護予防訪問看護事業者に係る指定の申請〕		

介護保険法施行規則第140条の5第5項	介護保険法施行規則第140条の5第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第140条の5第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
【指定介護予防訪問リハビリテーション事業者に係る指定の申請】		
介護保険法施行規則第140条の6第5項	介護保険法施行規則第140条の6第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第140条の6第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
【指定介護予防居宅療養管理指導事業者に係る指定の申請】		
介護保険法施行規則第140条の7第5項	介護保険法施行規則第140条の7第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第140条の7第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
【指定介護予防通所リハビリテーション事業者に係る指定の申請】		
介護保険法施行規則第140条の9第5項	介護保険法施行規則第140条の9第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第140条の9第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
【指定介護予防短期入所生活介護事業者に係る指定の申請】		
介護保険法施行規則第140条の10第6項	介護保険法施行規則第140条の10第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第140条の10第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
【指定介護予防短期入所療養介護事業者に係る指定の申請】		
介護保険法施行規則第140条の11第5項	介護保険法施行規則第140条の11第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第140条の11第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
【指定介護予防特定施設入居者生活介護事業者に係る指定の申請】		
介護保険法施行規則第140条の12第5項	介護保険法施行規則第140条の12第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第140条の12第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
【指定介護予防福祉用具貸与事業者に係る指定の申請等】		
介護保険法施行規則第140条の13第5項	介護保険法施行規則第140条の13第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第140条の13第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
【指定特定介護予防福祉用具販売事業者に係る指定の申請等】		
介護保険法施行規則第140条の14第5項	介護保険法施行規則第140条の14第1項の申請書	別紙様式第一号(一)
	介護保険法施行規則第140条の14第3項の申請書	別紙様式第一号(二)
【共生型介護予防サービス事業者の特例に係る別段の申出】		
介護保険法施行規則第140条の17の6第2項	介護保険法施行規則第140条の17の6第1項の申出書	別紙様式第一号(一)
【指定介護予防サービス事業者の特例に係る病院等の別段の申出・病院若しくは診療所又は薬局】		
介護保険法施行規則第140条の20第2項	介護保険法施行規則第140条の20第1項の申出書	別紙様式第一号(四)
【指定介護予防サービス事業者の特例に係る病院等の別段の申出・介護老人保健施設又は介護医療院】		
介護保険法施行規則第140条の21第2項	介護保険法施行規則第140条の21第1項の申出書	別紙様式第一号(四)
【介護予防サービス事業者の名称等の変更の届出等】		
介護保険法施行規則第140条の22第5項	介護保険法施行規則第140条の22第1項の届出	別紙様式第一号(五)
	介護保険法施行規則第140条の22第3項の届出	別紙様式第一号(六)
	介護保険法施行規則第140条の22第4項の届出	別紙様式第一号(七)
【指定介護予防認知症対応型通所介護事業者に係る指定の申請等】		
介護保険法施行規則第140条の24第5項	介護保険法施行規則第140条の24第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第140条の24第3項の申請書	別紙様式第二号(二)
【指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に係る指定の申請等】		
介護保険法施行規則第140条の25第5項	介護保険法施行規則第140条の25第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第140条の25第3項の申請書	別紙様式第二号(二)
【指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者に係る指定の申請等】		
介護保険法施行規則第140条の26第5項	介護保険法施行規則第140条の26第1項の申請書	別紙様式第二号(一)
	介護保険法施行規則第140条の26第3項の申請書	別紙様式第二号(二)
【共生型地域密着型介護予防サービス事業者の特例に係る別段の申出】		
介護保険法施行規則第140条の28の2第2項	介護保険法施行規則第140条の28の2第1項の申出書	別紙様式第二号(一)
【事業の廃止又は休止(共生型地域密着型介護予防サービス事業者)】		
介護保険法施行規則第140条の28の3第2項本文	介護保険法施行規則第140条の28の3第1項の届出	別紙様式第二号(三)
【指定地域密着型介護予防サービス事業者の名称等の変更の届出等】		

指定に関する事務処理関係

介護保険法施行規則第 140 条の 30 第 5 項	介護保険法施行規則第 140 条の 30 第 1 項の届出	別紙様式第二号 (四)
	介護保険法施行規則第 140 条の 30 第 3 項の届出	別紙様式第二号 (五)
	介護保険法施行規則第 140 条の 30 第 4 項の届出	別紙様式第二号 (三)
【指定介護予防支援事業者に係る指定の申請】		
介護保険法施行規則第 140 条の 32 第 5 項	介護保険法施行規則第 140 条の 32 第 1 項の申請書	別紙様式第二号 (一)
	介護保険法施行規則第 140 条の 32 第 3 項の申請書	別紙様式第二号 (二)
【指定介護予防支援の委託の届出】		
介護保険法施行規則第 140 条の 35 第 4 項	介護保険法施行規則第 140 条の 35 第 1 項の届出	別紙様式第二号 (七)
	介護保険法施行規則第 140 条の 35 第 2 項の届出	別紙様式第二号 (七)
【指定介護予防支援事業者の名称等の変更の届出等】		
介護保険法施行規則第 140 条の 37 第 4 項	介護保険法施行規則第 140 条の 37 第 1 項の届出	別紙様式第二号 (四)
	介護保険法施行規則第 140 条の 37 第 2 項の届出	別紙様式第二号 (五)
	介護保険法施行規則第 140 条の 37 第 3 項の届出	別紙様式第二号 (三)
【第一号事業実施者の名称等の変更の届け出等】		
介護保険法施行規則第 140 条の 62 の 3 第 3 項	介護保険法施行規則第 140 条の 62 の 3 第 2 項第四号の届出	別紙様式第三号 (一)
	介護保険法施行規則第 140 条の 62 の 3 第 2 項第五号の届出	別紙様式第三号 (二)
	介護保険法施行規則第 140 条の 62 の 3 第 2 項第六号の届出	別紙様式第三号 (三)
【指定事業者に係る指定の申請等 (第一号事業)】		
介護保険法施行規則第 140 条の 63 の 5 第 4 項	介護保険法施行規則第 140 条の 63 の 5 第 1 項の申請書	別紙様式第三号 (四)
	介護保険法施行規則第 140 条の 63 の 5 第 2 項の申請書	別紙様式第三号 (五)

〔厚生労働大臣が定める様式〕は次のとおり (様式は下記の順番で掲載)

No.	分類	様式番号	様式・付表名	掲載頁
1	居宅施設	様式第一号 (一)	指定 (許可) 申請書	8
2		様式第一号 (二)	指定 (許可) 更新申請書	10
3		様式第一号 (三)	指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書	11
4		様式第一号 (四)	指定を不要とする旨の届出書	13
5		様式第一号 (五)	変更届出書	14
6		様式第一号 (六)	再開届出書	15
7		様式第一号 (七)	廃止・休止届出書	16
8		様式第一号 (八)	指定辞退届出書	17
9		様式第一号 (九)	介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請書	18
10		様式第一号 (十)	介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請書	19
11		様式第一号 (十一)	介護老人保健施設・介護医療院 広告事項許可申請書	20
12		付表第一号 (一)	訪問介護事業所の指定等に係る記載事項	21
13		付表第一号 (二)	訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項	23
14		付表第一号 (三)	訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項	25
15		付表第一号 (四)	訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項	27
16		付表第一号 (五)	居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定等に係る記載事項	29
17		付表第一号 (六)	通所介護事業所の指定等に係る記載事項	30
18		付表第一号 (七)	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項	33
19		付表第一号 (八)	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項 (単独型)	35
20		付表第一号 (九)	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項 (空床利用型・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型)	37
21		付表第一号 (十)	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項 (本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型)	39
22		付表第一号 (十一)	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項	41
23		付表第一号 (十二)	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項	43
24		付表第一号 (十三)	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定等に係る記載事項	45

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

25		付表第一号（十四）	特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定等に係る記載事項	46
26		付表第一号（十五）	介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項	47
27		付表第一号（十六）	介護老人保健施設の許可等に係る記載事項	49
28		付表第一号（十七）	介護医療院の許可等に係る記載事項	52
29	地域密着型	様式第二号（一）	指定申請書	56
30		様式第二号（二）	指定更新申請書	58
31		様式第二号（三）	廃止・休止届出書	59
32		様式第二号（四）	変更届出書	60
33		様式第二号（五）	再開届出書	61
34		様式第二号（六）	指定辞退届出書	62
35		様式第二号（七）	指定介護予防支援委託（変更）の届出書	63
36		付表第二号（一）	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項	65
37		付表第二号（二）	夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項	67
38		付表第二号（三）	地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定等に係る記載事項	69
39		付表第二号（四）	認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型・併設型）	73
40		付表第二号（五）	認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（共用型）	77
41		付表第二号（六）	小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項	81
42	付表第二号（七）	認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項	83	
43	付表第二号（八）	地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項	85	
44	付表第二号（九）	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項	87	
45	付表第二号（十）	複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項	89	
46	付表第二号（十一）	指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項	91	
47	付表第二号（十二）	指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項	92	
48	総合事業	様式第三号（一）	変更届出書	93
49		様式第三号（二）	再開届出書	94
50		様式第三号（三）	廃止・休止届出書	95
51		様式第三号（四）	指定申請書	96
52		様式第三号（五）	指定更新申請書	97
53		付表第三号（一）	訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項	98
54		付表第三号（二）	通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項	100

別紙様式第一号(一)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

年 月 日

知事(市長)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。

法人番号

フリガナ					
名称					
主たる事務所の所在地	(郵便番号)	都 道 市 区	府 県 町 村		
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
	Email				
法人等の種類					
代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日		
代表者(開設者)の住所	(郵便番号)	都 道 市 区	府 県 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 <input checked="" type="checkbox"/>	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)申請を始める事業等の開始予定年月日	様式
訪問入浴介護					付表第一号(二)	
訪問看護					付表第一号(三)	
訪問リハビリテーション					付表第一号(四)	
居宅療養管理指導					付表第一号(五)	
通所介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(六)	
通所リハビリテーション					付表第一号(七)	
短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
短期入所療養介護					付表第一号(十一)	
特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)	
福祉用具貸与					付表第一号(十三)	
特定福祉用具販売					付表第一号(十四)	
介護老人福祉施設					付表第一号(十五)	
介護老人保健施設					付表第一号(十六)	
介護医療院					付表第一号(十七)	
介護予防訪問入浴介護					付表第一号(二)	
介護予防訪問看護					付表第一号(三)	
介護予防訪問リハビリテーション					付表第一号(四)	
介護予防居宅療養管理指導					付表第一号(五)	
介護予防通所リハビリテーション					付表第一号(七)	
介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>				付表第一号(八)(九)(十)	
介護予防短期入所療養介護					付表第一号(十一)	
介護予防特定施設入居者生活介護					付表第一号(十二)	
介護予防福祉用具貸与					付表第一号(十三)	
特定介護予防福祉用具販売					付表第一号(十四)	

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)

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

- 備考
- 1 「指定（許可）申請対象事業等」及び「既に指定（許可）を受けている事業等」の欄は、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、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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、その全てを記載してください。
 - 3 居宅サービス事業所又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所について、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であって、届出事項に変更がないときは、「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」及び「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 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 6 指定（許可）を受けようとする事業所（施設）の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

別紙様式第一号(二)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)更新申請書

年 月 日

知事(市長)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。

法人番号

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 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 (内線) FAX番号 Email		
	代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日
	代表者(開設者)の住所	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 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 市区 府県 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			
管理者	フリガナ 氏名			生年月日
	住所	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		

- 備考 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
3 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。
4 「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。

指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書

年 月 日

所在地
知事（市長）殿

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に係る指定の変更を申請します。

介護保険事業所番号																				
法人番号																				

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 市 区 府 県 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						
事業所	フリガナ 名称																			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村																		
変更内容	利用者の定員	変更前	人										変更後	人						
	変更予定年月日	年 月 日																		
利用者の推定数 (変更後)	合計	人																		
	うち要介護者	人										うち要支援者	人							
協力医療機関	名称											主な診療科名								
	名称											主な診療科名								
	名称											主な診療科名								

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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。

2 以下の書類を添付してください。

- (1) 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに設備の概要
- (2) 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態
- (3) 受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地
- (4) 当該協力医療機関との契約の内容(協力歯科医療機関があるときは、その名称及び契約の内容を含む)

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 指定特定施設入居者生活介護指定変更に係る記載事項不足時の資料

■ 協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第一号（四）

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

知事(市長)殿
所在地
申請者 名称
代表者職名・氏名

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

介護保険事業所番号																		
医療機関コード等																		
法人番号																		

名称																	
施設種別																	
所在地																	
開設者	氏名																
	住所																
管理者	氏名																
	住所																
申出に係る居宅サービスの種類	<input type="checkbox"/>	訪問看護															
	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問看護															
	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション															
	<input type="checkbox"/>	介護予防訪問リハビリテーション															
	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導															
	<input type="checkbox"/>	介護予防居宅療養管理指導															
	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション															
	<input type="checkbox"/>	介護予防通所リハビリテーション															
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護															
	<input type="checkbox"/>	介護予防短期入所療養介護															

備考 申出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第一号(五)

変更届出書

年 月 日

知事(市長)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	
	法人番号	
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、住所及び職名		
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)		
事業所(施設)の建物の構造及び専用区画等		
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・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 空床利用型・併設事業所型の別)		
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つては、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

- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
- 「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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第一号(六)

再開届出書

年 月 日

知事(市長)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																			
	法人番号																			
再開した事業所(施設)	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つては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第一号(七)

廃止・休止届出書

年 月 日

知事(市長)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。

廃止(休止)する事業所(施設)	介護保険事業所番号	.....
	法人番号	.....
	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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第一号(八)

指定辞退届出書

年 月 日

知事(市長)殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号															
	法人番号															
サービスの種類																
指定を辞退する施設	名称															
	所在地															
指定を受けた年月日	年	月	日													
指定を辞退する年月日	年	月	日													
指定を辞退する理由																
現に施設に入所している者に対する措置																

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。
※本様式は、指定介護老人福祉施設の指定の辞退を行う際の届出書です。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第一号(九)

介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請書

年 月 日

知事(市長)殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり開設許可事項の変更の許可を申請します。

		介護保険事業所番号	.....
		法人番号	.....
申請に係る施設		名称	.....
		所在地	.....
開設許可年月日		年	月 日
変更年月日		年	月 日
変更事項(該当に○)		変更の内容	
	敷地面積	(変更前)	
	建物の構造概要・施設及び構造設備の概要		
	施設の共用の場合の利用計画		
	運営規程(職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。)	(変更後)	
	協力医療機関の変更		

- 備考 1 介護老人保健施設の許可又は介護医療院の許可に該当する付表と必要書類を添付してください。
 2 「変更事項」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、介護老人保健施設の許可又は介護医療院の許可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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第一号(十)

介護老人保健施設・介護医療院 管理者承認申請書

年 月 日

知事(市長)殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり管理者の承認を申請します。

	介護保険事業所番号	.....
	法人番号	.....
申請に係る施設	名称	.....
	所在地	.....
管理者になろうとする者の氏名、 住所及び資格	氏名	.....
	住所	.....
	資格	.....
管理者就任予定日	年 月 日	
申請理由(該当に○)	<input type="checkbox"/>	新規開設のため
	<input type="checkbox"/>	管理者の変更のため

備考 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第一号(十一)

介護老人保健施設・介護医療院 広告事項許可申請書

年 月 日

知事(市長)殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり広告の許可を申請します。

		介護保険事業所番号																		
		法人番号																		
許可を受けようとする広告事項																				
広告の内容																				
広告の方法																				

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号（一）訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 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				
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、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			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
○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		訪問介護員等			
		専従		兼務	
		常勤(人)			
		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)					
利用者の推定数(人)					
サービス提供 責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	生年月日				
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)		
	氏名				
	生年月日				
添付書類	別添のとおり				

(訪問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 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
	Email			

- 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次頁の記入欄不足時の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 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従業者も含めて記載してください。

(参考) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者

サービス提供 責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	生年月日			

(訪問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)

■複数事業所

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				

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号(二) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地				
		兼務先のサービス種別、兼務する職種 及び勤務時間等				
協力医療機関	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
○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		看護職員		介護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)						
非常勤(人)						
利用者の推定数(人)						
添付書類		別添のとおり				

- 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次頁の記入欄不足時の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。

(参考) 訪問入浴・介護予防訪問入浴介護事業所の指定等に係る記載事項不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号(三) 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	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								
事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院		<input type="checkbox"/> 診療所		<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	他の事業所、施設等の職 務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地							
兼務先のサービス種別、兼務す る職種及び勤務時間等									
利用者の推定数		人							
○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		看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士、 言語聴覚士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)									
非常勤(人)									
※常勤換算後の人数(人)									
添付書類		別添のとおり							

(訪問看護・介護予防訪問看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								

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
 - 3 病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 4 管理者の兼務の状況については、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。
 - 5 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従業者も含めて記載してください。

(参考) 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(訪問看護・介護予防訪問看護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
Email				

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号(四) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	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								
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院		<input type="checkbox"/> 診療所		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/> 介護医療院	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
利用者の推定数				人					
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		医師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)							
	非常勤(人)								
添付書類		別添のとおり							

(訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所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						

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 3 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従業者も含めて記載してください。

(参考) 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

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

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号（五） 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)		都道		市区		府県		町村	
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号				
	Email										
事業所種別		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局									
居宅療養管理指導の種類		<input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士									
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
	生年月日										
利用者の推定数		人									
○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		医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士		管理栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)									
	非常勤(人)										
添付書類		別添のとおり									

- 備考 1 病院、診療所又は薬局が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
- 2 「従業者の職種・員数」欄の「歯科衛生士」には、保健師、看護師、准看護師を含みます。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号(六) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 市 区	府 県 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									
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		兼務先のサービス種別、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				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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									

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

（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	市区	府県	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次頁の記入欄不足時の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、看護職員又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、従業員については、上段の表に出張所に勤務する従業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) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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5	○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						

(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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号)		都道	市区					
				府県	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4	○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5	○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					

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号（七） 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)		都 道 市 区		府 県 町 村						
	連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)							
	氏名											
	生年月日											
事業所の種別 (1つに○)			病院									
			診療所(下記のものを除く。)									
			診療所(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111条第1項の適用を受けるもの)									
			介護老人保健施設									
			介護医療院									
○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		医師										
		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												
専用の部屋等の面積			㎡			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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	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										

- 備考
- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 事業所の種別について、事業所が診療所である場合は、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111条第1項の適用を受けるものを除き、「診療所(下記のものを除く。)」の欄に○をつけてください。
 - 従業者の員数については、サービス提供単位ごとの総数を記載してください。
 - 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。
 - サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位3以降

○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	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							
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	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							
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	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							

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号（八）短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型）

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	府 県	町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
	氏名									
	生年月日									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等					
協力医療機関	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型			
	○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		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			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									
	居室	1室あたりの最大定員		人						
	居室	利用者1人あたりの最小床面積		㎡						
	食堂と機能訓練室の合計面積		㎡							
廊下	片廊下の幅		m							
廊下	中廊下の幅		m							
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
利用定員		人								
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型			
	○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		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			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									
	居室	1室あたりの最大定員		人						
	居室	利用者1人あたりの最小床面積		㎡						
	食堂と機能訓練室の合計面積		㎡							
廊下	片廊下の幅		m							
廊下	中廊下の幅		m							
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
利用定員		人								
添付書類		別添のとおり								

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次頁の記入欄不足時の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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項(単独型)記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号(九) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
 (空床利用型・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型)

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地		(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村							
	連絡先		電話番号 (内線)	FAX番号						
管理者	フリガナ		(郵便番号 -)							
	氏 名									
	生年月日									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	他の事業所・施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等						
空床利用型・併設事業所型の別		<input type="checkbox"/> 空床利用型 <input type="checkbox"/> 併設事業所型								
協力医療機関	名称		主な診療科名							
	名称		主な診療科名							
	名称		主な診療科名							
	名称		主な診療科名							
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型									
	短期入所利用者数(併設事業所型の場合記入)		人 (推定数を記入)							
	○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		医師	生活相談員	看護職員	介護職員				
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士	機能訓練指導員	調理員その他の従業者	栄養士を配置していない場合の措置				
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項(併設事業所型の場合記入)									
	居室	1室あたりの最大定員	人							
		利用者1人あたりの最小床面積	㎡							
	食堂と機能訓練室の合計面積		㎡							
廊下	片廊下の幅	m								
	中廊下の幅	m								
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他								
特別養護老人ホームの入所定員		人	短期入所利用定員	人						
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型									
	短期入所利用者数(併設事業所型の場合記入)		人 (推定数を記入)							
	○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		医師	生活相談員	看護職員	介護職員				
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士	機能訓練指導員	調理員その他の従業者	栄養士を配置していない場合の措置				
	短期入所生活介護及び 本体施設従事人数	常勤(人)	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項(併設事業所型の場合記入)									
	居室	1室あたりの最大定員	人							
		利用者1人あたりの最小床面積	㎡							
	食堂と機能訓練室の合計面積		㎡							
廊下	片廊下の幅	m								
	中廊下の幅	m								
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他								
特別養護老人ホームの入所定員		人	短期入所利用定員	人						
添付書類		別添のとおり								

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 本様式は、特別養護老人ホームの空床を利用して事業を行う場合又は特別養護老人ホームに併設する事業所において事業を行う場合に係る申請に利用して下さい。また、「空床利用型・併設事業所型の別」欄の空床利用型・併設事業所型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 - 3 特別養護老人ホームと同時に申請をする場合は、本様式への記載を要しません。
 - 4 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。
 - 5 従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、本体施設以外との兼務を行う従業者について記載してください。
 - 6 空床利用型の場合は、「設備に関する基準の確認に必要な事項」及び「短期入所利用定員」欄の記入は不要です。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
 (空床利用型・本体施設が特別養護老人ホームの場合の併設事業所型) 記入欄不足時の資料

■ 協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
 (有料老人ホーム)

前払金等関係
 (有料老人ホーム)

付表第一号（十） 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
（本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型）

事業所	法人番号									
	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							
管理者	フリガナ			住所	郵便番号 —					
	氏名									
	生年月日									
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地							
		兼務先のサービス種別、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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
本体施設の種別										
協力医療機関	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)					<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型				
	短期入所利用者数					人 (推定数を記入)				
	○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		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務			
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)								
非常勤(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
居室	1室あたりの最大定員				人					
	利用者1人あたりの最小床面積				㎡					
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他								
本体施設の入所・入院定員		人		短期入所利用定員		人				
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)					<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型				
	短期入所利用者数					人 (推定数を記入)				
	○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		医師		生活相談員		看護職員		介護職員	
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士		機能訓練指導員		調理員その他の従業者		栄養士を配置していない場合の措置	
			専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務			
	本体施設の施設等従事人数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	短期入所生活介護従事人数	常勤(人)								
非常勤(人)										
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
居室	1室あたりの最大定員				人					
	利用者1人あたりの最小床面積				㎡					
	食堂と機能訓練室の合計面積				㎡					
廊下	片廊下の幅				m					
	中廊下の幅				m					
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他								
本体施設の入所・入院定員		人		短期入所利用定員		人				
添付書類		別添のとおり								

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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 2 本様式は、本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合であって、本体施設と一体的に運営が行われる事業所であるときに使用してください。
 3 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。
 4 本体施設の種別は、「養護老人ホーム」、「病院」、「診療所」、「介護老人保健施設」、「介護医療院」、「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」、「介護予防特定施設入居者生活介護」、「その他」を記入してください。

指定に関する事務処理関係
設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)
前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所の指定等に係る記載事項
 (本体施設が特別養護老人ホーム以外の場合の併設事業所型) 記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療 機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
 (有料老人ホーム)

前払金等関係
 (有料老人ホーム)

付表第一号（十一） 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 _____) _____ 都 道 府 県 _____ 市 区 村										
連絡先	電話番号	(内線)						FAX 番号				
	Email											
事業所種別 (該当に○を記入)	①介護老人保健施設											
	②療養病床を有する病院・診療所											
	③②に該当しない診療所											
	④介護医療院											
管理者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日											
住所		(郵便番号 _____) _____										
病棟名												
サービス提供単位1 (事業所種別③に該当の場合) 合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型				<input type="checkbox"/> ユニット型					
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員		人									
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目		入院患者1人あたり床面積				㎡					
			廊下		片廊下の幅		m					
					中廊下の幅		m					
		食堂		㎡								
		建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他		
サービス提供単位2 (事業所種別③に該当の場合) 合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型				<input type="checkbox"/> ユニット型					
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員		人									
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
	○設備に関する基準の確認に必要な事項											
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目		入院患者1人あたり床面積				㎡					
			廊下		片廊下の幅		m					
					中廊下の幅		m					
		食堂		㎡								
		建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他		
添付書類	別添のとおり											

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 「申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員」欄は、当該施設等のうち、短期入所療養介護に供する部分の定員について記載すること。
 3 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が行うものについては、法第71条第1項及び第72条第1項の規定により指定があったものとみなされる場合は、本申請の必要はありません。

(参考) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■複数病棟

病棟名											
サービス提供単位1 (事業所種別③に該当の 場合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)	<input type="checkbox"/> 従来型					<input type="checkbox"/> ユニット型				
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	人									
	○人員に関する基準の確認に必要な事項										
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者1人あたり床面積					㎡				
	廊下		片廊下の幅		m						
			中廊下の幅		m						
			食堂		㎡						
	建物の構造					<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他					
サービス提供単位2 (事業所種別③に該当の 場合記入)	介護形式(いずれか一方を選択)	<input type="checkbox"/> 従来型					<input type="checkbox"/> ユニット型				
	申請を行う部分の入院患者又は入所者の定員	人									
	○人員に関する基準の確認に必要な事項										
	指定申請を行う病棟部分又は診療所の従業者の職種・員数	医師		薬剤師		看護職員		介護職員		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
	常勤換算後の人数(人)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	指定申請を行う病棟(病室)部分の設備基準上の数値記載項目	入院患者1人あたり床面積					㎡				
	廊下		片廊下の幅		m						
			中廊下の幅		m						
			食堂		㎡						
	建物の構造					<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他					

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号(十二) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号												
	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村											
連絡先	電話番号	(内線)				FAX番号							
	Email												
施設区分 (該当に○)	有料老人ホーム			施設開設 年月日	年		月		日				
	軽費老人ホーム												
	サービス付き高齢者向け住宅												
	養護老人ホーム												
入居者の要件 (該当に○)	介護専用型												
	介護専用型以外												
サービスの提供形態 (該当に○)	一般型												
	外部サービス利用型												
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 _____)								
	氏名												
	生年月日												
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)												
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地										
兼務先のサービス種別、兼務する職種 及び勤務時間等													
協力医療機関	名称					主な診療科名							
	名称					主な診療科名							
	名称					主な診療科名							
○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		計画作成担当者			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤(人)											
		非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)													
○設備に関する基準の確認に必要な事項													
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他							
入居定員				人									
利用者数		人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)											
		要介護者		人		要支援者		人					
添付書類		別添のとおり											

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次頁の記入欄不足時の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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号(十三) 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 —) 都 道 市 区 府 県 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				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地			
兼務先のサービス種別、 兼務する職種及び勤務時間等					
貸与種目					
利用者の推定数				人	
○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		専門相談員			
		専従		兼務	
		常勤(人)			
		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)					
添付書類	別添のとおり				

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
- 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 貸与種目は、「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「手すり」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く.)」、「自動排泄処理装置」のうちから記入してください。

付表第一号(十四) 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 —) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 —)	
	氏名			
	生年月日			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)			
他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地		
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等		
販売種目				
利用者の推定数		人		
○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		専門相談員		
		専 従	兼 務	
		常 勤(人)		
		非常勤(人)		
常勤換算後の人数(人)				
添付書類	別添のとおり			

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 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 販売種目は、「腰掛便座」、「自動排泄処理装置の交換可能部品」、「排泄予測支援機器」、「入浴補助用具」、「簡易浴槽」、「移動用リフトのつり具の部分」、「スロープ」、「歩行器」、「歩行補助つえ」のうちから記入してください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号(十五) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項

施設	法人番号									
	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 Email	(内線)		FAX番号					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)					
	氏名									
	生年月日									
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地									
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等									
短期入所生活介護の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型					
協力医療機関	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
	名称			主な診療科名						
介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型										
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		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数		常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等			
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数		常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
	入所者数		人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)			
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
			介護老人福祉施設		短期入所生活介護					
居室	1室あたりの最大定員	人		人						
居室	利用者1人あたりの最小床面積	㎡		㎡						
食堂	と機能訓練室の合計面積	㎡		㎡						
廊下	片廊下の幅	m		m						
廊下	中廊下の幅	m		m						
建物の構造			<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他			
入所定員			人							
介護形式(いずれか一方を選択) <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型										
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		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数		常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
			栄養士・管理栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員等			
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
	介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数		常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)									
	入所者数		人(推定数を記入)		短期入所利用者数		人(推定数を記入)			
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
			介護老人福祉施設		短期入所生活介護					
居室	1室あたりの最大定員	人		人						
居室	利用者1人あたりの最小床面積	㎡		㎡						
食堂	と機能訓練室の合計面積	㎡		㎡						
廊下	片廊下の幅	m		m						
廊下	中廊下の幅	m		m						
建物の構造			<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他			
入所定員			人							
添付書類		別添のとおり								

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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 2 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 3 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の設備に関する基準の確認に必要な事項欄については、記載を要しません。
 4 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。
 5 従業者の職種・員数の「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外のとの兼務を行う従業者について記載してください。
 6 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 介護老人福祉施設の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療 機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第一号(十六) 介護老人保健施設の許可等に係る記載事項

施設	法人番号															
	フリガナ															
	名称															
	所在地	(郵便番号	—			)	都道	市区							
		府県				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															
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)															
他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)		兼務先の名称、所在地														
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等														
短期入所療養介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		通所リハビリテーションの実施の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		訪問リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)				フリガナ												
				名称												
協力医療機関	名称		主な診療科名													
	名称		主な診療科名													
	名称		主な診療科名													
	名称		主な診療科名													
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)										<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型			
	○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				医師		薬剤師		看護職員		介護職員					
					専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
	介護老人保健施設従事者数		常勤(人)													
			非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)															
					理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員					
	介護老人保健施設従事者数		常勤(人)		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
			非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)																
○設備に関する基準の確認に必要な事項																
療養室		1室の最大定員				人										
		入所者1人あたり最小床面積				㎡										
廊下		片廊下の幅				m										
		中廊下の幅				m										
機能訓練室面積				㎡												
食堂面積				㎡												
入所者の予定数				人												
一日当たりの通所総利用者予定数				人												
建物の構造						<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他						
入所定員				人												
サービス提供単位2	介護形式(いずれか一方を選択)										<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型			
	○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				医師		薬剤師		看護職員		介護職員					
					専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
	介護老人保健施設従事者数		常勤(人)													
			非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)															
					理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		支援相談員		介護支援専門員					
	介護老人保健施設従事者数		常勤(人)		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
			非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)																
○設備に関する基準の確認に必要な事項																
療養室		1室の最大定員				人										
		入所者1人あたり最小床面積				㎡										
廊下		片廊下の幅				m										
		中廊下の幅				m										
機能訓練室面積				㎡												
食堂面積				㎡												
入所者の予定数				人												
一日当たりの通所総利用者予定数				人												
建物の構造						<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他						
入所定員				人												

指定に関する事務処理関係
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)											
○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		医師									
		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											
専用の部屋の面積				㎡			利用定員(同時利用)				人
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	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							
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
		専従	兼務	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									
○訪問リハビリテーション(該当する場合のみ)											
○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		医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)											
非常勤(人)											
添付書類		別添のとおり									

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次頁の記入欄不足時の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 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

（参考）介護老人保健施設の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
サービス提供単位4	○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員			
専従		兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤(人)											
		非常勤(人)											
サービス提供単位4		○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								

付表第一号(十七) 介護医療院の許可等に係る記載事項

施設	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号)		都 道 市 区 府 県				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			当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)							
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等							
短期入所療養介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通所リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	訪問リハビリテーションの実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
施設を共用する事業所等の名称(共用する場合記入)				フリガナ							
				名称							
協力医療機関	名称			主な診療科名							
	名称			主な診療科名							
	名称			主な診療科名							
	名称			主な診療科名							
療養棟名											
施設類型(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> I型介護医療院	<input type="checkbox"/> II型介護医療院						
介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型	<input type="checkbox"/> ユニット型						
○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				医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護医療院従事人数		常 勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
介護医療院従事人数		常 勤(人)		理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
		非常勤(人)		専従		兼務		専従		兼務	
常勤換算後の人数(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
療養室		1室の最大定員				人					
		入所者1人あたり最小床面積				㎡					
廊下		片廊下の幅				m					
		中廊下の幅				m					
		機能訓練室面積				㎡					
		食堂(共同生活室)面積				㎡					
		入所者の予定数				人					
		一日当たりの通所総利用者予定数				人					
		建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他	
		入所定員				人					
介護形式(いずれか一方を選択)				<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型					
○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				医師		薬剤師		看護職員		介護職員	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
介護医療院従事人数		常 勤(人)									
		非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)											
介護医療院従事人数		常 勤(人)		理学・作業療法士、言語聴覚士		栄養士・管理栄養士		放射線技師		介護支援専門員	
		非常勤(人)		専従		兼務		専従		兼務	
常勤換算後の人数(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
療養室		1室の最大定員				人					
		入所者1人あたり最小床面積				㎡					
廊下		片廊下の幅				m					
		中廊下の幅				m					
		機能訓練室面積				㎡					
		食堂(共同生活室)面積				㎡					
		入所者の予定数				人					
		一日当たりの通所総利用者予定数				人					
		建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他	
		入所定員				人					

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

サービス提供単位1

サービス提供単位2

○通所リハビリテーション(該当する場合のみ)													
○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		医師											
		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													
専用の部屋の面積				㎡				利用定員(同時利用)				人	
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員			
		専従	兼務	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							
○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		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員			
		専従	兼務	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											
○訪問リハビリテーション(該当する場合のみ)													
○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		医師		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
常勤(人)													
非常勤(人)													
添付書類		別添のとおり											

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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 2 管理者の業務については、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 サービス提供時間は、送迎時間を除きます。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 介護医療院の許可等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

■複数療養棟

療養棟名											
施設類型(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> I型介護医療院		<input type="checkbox"/> II型介護医療院							
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型							
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
サービス提供単位3	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	介護医療院従事人数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)										
	介護医療院従事人数	常勤(人)	理学・作業療法士、言語聴覚士	専従	兼務	栄養士・管理栄養士	専従	兼務	放射線技師	専従	兼務
		非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	療養室	1室の最大定員				人					
入所者1人あたり最小床面積				㎡							
廊下	片廊下の幅				m						
	中廊下の幅				m						
機能訓練室面積				㎡							
食堂(共同生活室)面積				㎡							
入所者の予定数				人							
一日当たりの通所総利用者予定数				人							
建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他							
入所定員				人							
介護形式(いずれか一方を選択)		<input type="checkbox"/> 従来型		<input type="checkbox"/> ユニット型							
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
サービス提供単位4	従業者の職種・員数		医師		薬剤師		看護職員		介護職員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	介護医療院従事人数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)										
	介護医療院従事人数	常勤(人)	理学・作業療法士、言語聴覚士	専従	兼務	栄養士・管理栄養士	専従	兼務	放射線技師	専従	兼務
		非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)										
	○設備に関する基準の確認に必要な事項										
	療養室	1室の最大定員				人					
入所者1人あたり最小床面積				㎡							
廊下	片廊下の幅				m						
	中廊下の幅				m						
機能訓練室面積				㎡							
食堂(共同生活室)面積				㎡							
入所者の予定数				人							
一日当たりの通所総利用者予定数				人							
建物の構造				<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他							
入所定員				人							

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

■通所リハビリテーションサービス提供単位3以降

○人員に関する基準の確認に必要な事項												
サービス提供単位3	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員	
	常勤(人)	非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤換算後の人数(人)											
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
サービス提供単位3	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									
	○人員に関する基準の確認に必要な事項											
	サービス提供単位4	従業者の職種・員数		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員		介護職員
常勤(人)		非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤換算後の人数(人)												

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

Web 1 指定に関する事務処理関係

別紙様式第二号(一)

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿 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に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号								
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					生年月日			
		氏名								
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申請時に☐									<input type="checkbox"/>	
指定を受けようとする事業所の種類	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☑	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式		
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護						付表第二号(二)		
		認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)		
		小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)		
		認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)		
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表第二号(八)		
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表第二号(九)		
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表第二号(一)		
		複合型サービス						付表第二号(十)		
	地域密着型通所介護			<input type="checkbox"/>			付表第二号(三)			
	居宅介護支援事業						付表第二号(十一)			
介護予防支援事業						付表第二号(十二)				
介護予防サービス	地域密着型 介護予防認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)			
	介護予防小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)			
	介護予防認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)			
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)						

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

- 備考
- 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」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、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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、その全てを記載してください。
 - 3 地域密着型サービス事業所又は地域密着型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所について、他方の地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「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」及び「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 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号の記入も可能です。
 - 6 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

別紙様式第二号(二)

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所
 指定居宅介護支援事業所
 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿 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に係る指定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。

法人番号

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 市区 府県 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 市区 府県 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 市区 府県 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			
管理者	フリガナ 氏名			生年月日
	住所	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村		

- 備考
- 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 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。
 - 「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。

別紙様式第二号（三）

廃止・休止届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

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	.....
	法人番号	.....
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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第二号(四)

変更届出書

年 月 日

所在地
市(区・町・村)長殿

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																		
		法人番号																		
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、住所及び職名																			
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)																			
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等																			
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)																		
	運営規程																			
	協力医療機関・協力歯科医療機関																			
	事業所の種別																			
	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																			
	本体施設、本体施設との移動経路等																			
	併設施設の状況等																			
	連携する訪問看護を行う事業所の名称																			
	連携する訪問看護を行う事業所の所在地																			
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号																			

- 備考
- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 「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。

別紙様式第二号（五）

再開届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

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	.....
	法人番号	.....
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、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第二号(六)

指定辞退届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号														
	法人番号														
指定を辞退する施設	名称														
	所在地														
指定を受けた年月日				年		月		日							
指定を辞退する年月日				年		月		日							
指定を辞退する理由															
現に施設に入所している者に対する措置															

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第二号(七)

指定介護予防支援委託(変更)の届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり、指定介護予防支援の一部を委託(変更)するので届け出ます。

		法人番号																			
地域包括支援センター	介護保険事業所番号											届出種別(該当に○)	新規		変更						
	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																				
委託先	介護保険事業所番号																				
	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																				
委託する指定介護予防支援の内容(該当に○)	1	アセスメントの実施					7	モニタリング													
	2	介護予防サービス計画原案の作成					8	評価													
	3	サービス担当者会議の開催					9	給付管理													
	4	介護予防サービス計画原案の説明・同意					10	その他													
	5	介護予防サービス計画書の交付																			
	6	サービス提供の連絡調整																			
指定介護予防支援の一部を委託する期間		年 月 日 ~ 年 月 日																			

- 備考 1 届け出た内容に変更があるときは、全ての内容を記入し、再度提出してください。
 2 委託する指定介護予防支援の内容の「10 その他」を選択時は、下段に内容を記入してください。
 3 委託しようとする事業所が複数ある場合は、指定介護予防支援委託先一覧を提出してください。
 記入欄が不足する場合は、行を追加又は複数ページに記入してください。

指定に関する事務処理関係
設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)
前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 記入欄不足時の資料
指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所		委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の一部を委託する期間		
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	
1																年 月 日 ~ 年 月 日
2																年 月 日 ~ 年 月 日
3																年 月 日 ~ 年 月 日
4																年 月 日 ~ 年 月 日
5																年 月 日 ~ 年 月 日
6																年 月 日 ~ 年 月 日
7																年 月 日 ~ 年 月 日
8																年 月 日 ~ 年 月 日
9																年 月 日 ~ 年 月 日
10																年 月 日 ~ 年 月 日

■委託する指定介護予防支援の内容

- 1 : アセスメントの実施
- 2 : 介護予防サービス計画原案の作成
- 3 : サービス担当者会議の開催
- 4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意
- 5 : 介護予防サービス計画書の交付
- 6 : サービス提供の連携・調整
- 7 : モニタリング
- 8 : 評価
- 9 : 給付管理
- 10 : その他

付表第二号（一） 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村										
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号			
管理者	フリガナ											
	氏名	住所 (郵便番号 ー)										
	生年月日											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地										
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等										
	連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)	名称	(郵便番号 ー)									
	住所											
○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	訪問介護員等				オペレーター		看護職員		理学・作業療法士、言語聴覚士		うち計画作成責任者	
	定期巡回サービス		随時訪問サービス		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)												
添付書類	別添のとおり											

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所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 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村											
	連絡先	電話番号	(内線)						FAX番号				
		Email											

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、遮宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の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 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従業者も含めて記載してください。

(参考) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■連携する訪問看護事業所

連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 実施する場合のみ記載)	名称	(郵便番号 ー)
	住所	
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 実施する場合のみ記載)	名称	(郵便番号 ー)
	住所	

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所

事業所	フリガナ			
	名称	(郵便番号 ー)		
	所在地	都 道 府 県	市 区 町 村	
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX番号

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号（二） 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	（郵便番号		—	）		市区			
	都	道		市	区					
	府	県		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									
	当該事業所で兼務する他の職種 （兼務の場合のみ記入）									
	他の事業所、施設等の職種との兼務 （兼務の場合に記入）		兼務先の名称、所在地							
		兼務先のサービス種別、 兼務する職種及び勤務時間等								
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
オペレーションセンターの有無		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無						
オペレーションセンターの設置数		か所								
従業者の職種・員数	訪問介護員等				オペレーター		面接相談員			
	定期巡回サービス		随時訪問サービス		専従	兼務	専従	兼務		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤（人）										
非常勤（人）										

（夜間対応型訪問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		—	）		市区
		都	道		市	区	
	府	県		町	村		
連絡先	電話番号	（内線）			FAX番号		
	Email						

- 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次頁の記入欄不足時の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 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従業者も含めて記載してください。

(参考) 夜間対応型訪問介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

(夜間対応型訪問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)

■複数事業所

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			

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号(三) 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号								
	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								
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)□								
	他の事業所、施設等の職 務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、 所在地					事業所番号		
兼務先のサービス種別、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		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 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								

(地域密着型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 Email	(内線)			FAX番号					
○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				:	~	:					
				:	~	:					
				:	~	:					
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				:	~	:					
				:	~	:					
				:	~	:					
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				:	~	:					
				:	~	:					
				:	~	:					
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次頁の記入欄不足時の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、看護職員又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従業者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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

（参考）地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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5	○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6	○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						

(地域密着型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)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

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4	○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5	○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6	○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					

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号（四） 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	法人番号								
	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号)		都	道	市	区		
		府	県	町	村				
連絡先	電話番号	(内線)			FAX番号				
	E-mail								
事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 単独型		<input type="checkbox"/> 併設型					
管理者	フリガナ								
	氏名	住所		(郵便番号)					
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地						事業所番号	
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等									
○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								

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所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 _____ m ² 利用定員(同時利用) _____ 人												
サービス提供単位1 (有料老人ホーム)	○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 (有料老人ホーム)	○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 (前払金等関係)		○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									

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の業務については、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、看護職員又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従業者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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

（参考）認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（単独型・併設型）記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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	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5	○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	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		

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
（有料老人ホーム）

前払金等関係
（有料老人ホーム）

Web 1 指定に関する事務処理関係

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号)		都 道 市 区	府 県 町 村					
	連絡先	電話番号 Email	(内線)			FAX番号				
○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4	○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5	○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								

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号（五） 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（共用型）

事業所	法人番号								
	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	本体事業種別	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設		<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設			
	フリガナ			住所		(郵便番号)			
	氏名								
	生年月日								
当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)									
	兼務先の名称、所在地			事業所番号					
他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)									
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等								
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数									
人									
○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		介護職員又は介護従業者		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)								
	計画作成担当者	医師		栄養士		介護支援専門員			
		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								
サービス提供時間	日曜日・祝日								
	:								
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		介護職員又は介護従業者		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)								
	計画作成担当者	医師		栄養士		介護支援専門員			
		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								
サービス提供時間	日曜日・祝日								
	:								
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		介護職員又は介護従業者		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)								
	計画作成担当者	医師		栄養士		介護支援専門員			
		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								
サービス提供時間	日曜日・祝日								
	:								
利用定員								人	
添付書類		別添のとおり							

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所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	市	区	
		府	県	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 (有料老人ホーム)	○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 (有料老人ホーム)	○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 (前払金等関係)		○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						

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の業務については、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、看護職員又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従業者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） 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定等に係る記載事項（共用型）記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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		介護職員又は介護従業者		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)									
	計画作成担当者	医師		栄養士		介護支援専門員				
		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					～					
サービス提供時間	日曜日・祝日				～					
利用定員										人
サービス提供単位5	○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		介護職員又は介護従業者		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)									
	計画作成担当者	医師		栄養士		介護支援専門員				
		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					～					
サービス提供時間	日曜日・祝日				～					
利用定員										人
サービス提供単位6	○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		介護職員又は介護従業者		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)									
	計画作成担当者	医師		栄養士		介護支援専門員				
		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					～					
サービス提供時間	日曜日・祝日				～					
利用定員										人

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

Web 1 指定に関する事務処理関係

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 _____) _____ 都 道 市 区 府 県 町 村								
	連絡先	電話番号 Email	(内線)			FAX番号				
○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4	○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	: ~ :							
	曜日・祝日	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5	○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	: ~ :							
	曜日・祝日	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6	○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	: ~ :							
	曜日・祝日	日曜日・祝日	: ~ :							
		サービス提供時間	: ~ :							
利用定員		人								

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号(六) 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号	—)	都道	市区
		府県		町村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
		Email				
管理者	フリガナ					
	氏名	住所 (郵便番号 —)				
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所、施設等の職務 との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、 所在地	事業所番号			
	兼務先のサービス種 別、兼務する職種及び 勤務時間等					
協力医療 機関	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
○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		介護従業者		看護職員		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)						
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
通いサービスの利用者数(推定数を記入)		人				
○設備に関する基準の確認に必要な情報						
居間及び食堂の合計面積		㎡				
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	
登録定員		人				
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	人	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他	
添付書類		別添のとおり				

(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号	—)	都道	市区
			府県		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情報						
居間及び食堂の合計面積		㎡				
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	
登録定員		人				
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	人	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他	

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次頁の記入欄不足時の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 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 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従業者も含めて記載してください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

■複数事業所

事業所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号 Email	(内線)	FAX 番号	
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
居間及び食堂の合計面積		m ²			
個室以外の宿泊室の合計面積		m ²	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	人	
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人	宿泊サービスの利用定員	人	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他			

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号（七） 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号											
	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号		—)					
		都 道 市 区	府 県	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											
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地					事業所番号					
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等												
本体施設の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	本体施設名称				事業所番号				
協力医療機関	名称					主な診療科名						
	名称					主な診療科名						
○人員に関する基準の確認に必要な事項												
共同生活住居数		戸		①		②		③				
従業者の職種・員数				介護従業者		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者		
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)												
非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)												
利用者数(推定数を記入)	合計	人		人		人		人				
利用定員		人		人		人		人				
○設備に関する基準の確認に必要な事項												
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他								
添付書類		別添のとおり										

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次頁の記入欄不足時の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 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定等に係る記載事項 記入欄不足時の資料

■ 協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号（八）地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 _____) 都 道 市 区 府 県 町 村									
連絡先	電話番号					(内線)	FAX 番号				
	Email										
施設の区分 (該当に○)	有料老人ホーム					施設開設年月日					
	軽費老人ホーム										
	サービス付き高齢者向け住宅										
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 _____)				
	氏名										
	生年月日										
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)										
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地					事業所番号				
兼務先のサービス種別、兼務する 職種及び勤務時間等											
協力医療 機関	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
	名称					主な診療科名					
○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		計画作成担当者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
利用者数(推定数を記入)					人	(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)					
要介護者						人					
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
入居定員					人						
建物の構造					<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他			
添付書類	別添のとおり										

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次頁の記入欄不足時の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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号(九) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項

施設	法人番号				
	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				
	氏名	住所 (郵便番号)			
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所、施設等の職務との兼務(兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等	事業所番号	
本体施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	本体施設名称	事業所番号		
併設事業所の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	短期入所生活介護の実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業の実施形態 <input type="checkbox"/> 空床利用型 <input type="checkbox"/> 併設事業所	
協力医療機関	名称				
	名称	主な診療科名			
サービス提供単位1	介護形式(いずれか一方を選択)				
	○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	医師 専従 *兼務	生活相談員 専従 *兼務	介護職員 専従 *兼務	看護職員 専従 *兼務
	地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人)			
		非常勤(人)			
	常勤換算後の人数(人)				
	従業者の職種・員数	栄養士 専従 *兼務	機能訓練指導員 専従 *兼務	介護支援専門員等 専従 *兼務	栄養士を配置しない場合の措置
	地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人)			
		非常勤(人)			
	常勤換算後の人数(人)				
入所者数(推定数を記入)	人	短期入所利用者数(併設型の場合)	人(推定数を記入)		
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
居室1室の最大定員	地域密着型介護老人福祉施設	短期入所生活介護			
居室1人あたりの最小床面積	人	人			
食堂と機能訓練室の合計面積	m ²	m ²			
廊下片廊下の幅	m	m			
廊下中廊下の幅	m	m			
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他		
入所定員	人				
介護形式(いずれか一方を選択)					
○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	医師 専従 *兼務	生活相談員 専従 *兼務	介護職員 専従 *兼務	看護職員 専従 *兼務	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人)				
	非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)					
従業者の職種・員数	栄養士 専従 *兼務	機能訓練指導員 専従 *兼務	介護支援専門員等 専従 *兼務	栄養士を配置しない場合の措置	
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事者数	常勤(人)				
	非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)					
入所者数(推定数を記入)	人	短期入所利用者数(併設型の場合)	人(推定数を記入)		
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
居室1室の最大定員	地域密着型介護老人福祉施設	短期入所生活介護			
居室1人あたりの最小床面積	人	人			
食堂と機能訓練室の合計面積	m ²	m ²			
廊下片廊下の幅	m	m			
廊下中廊下の幅	m	m			
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物	<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	<input type="checkbox"/> その他		
入所定員	人				
添付書類	別添のとおり				

- 備考
- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
 - 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。
 - 従業者の職種・員数の「*兼務」欄は、短期入所生活介護以外の兼務を行う従業者について記載してください。
 - 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
 - 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。

(参考) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号(十) 複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号	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	
訪問看護事業所の指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
	名称		事業所番号		(郵便番号)	
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号)
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
他の事業所、施設等の 職務との兼務の有無 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地					
	事業所番号					
協力医療機関	名称				主な診療科名	
	名称				主な診療科名	
○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		介護従事者		うち看護職員		介護支援専門員
常勤(人)		専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務
非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)						
通いサービスの利用者数(推定数を記入)		人				
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
居間及び食堂の合計面積		㎡				
個室の宿泊室		室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)		室	
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数		人	
登録定員		人				
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員		人
利用者の推定数		人				
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				
添付書類		別添のとおり				

(複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

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	
〇設備に関する基準の確認に必要な事項	居間及び食堂の合計面積		㎡			
	個室の宿泊室		室	うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)		室
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数		人	
登録定員		人				
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員		人
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他				

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次頁の記入欄不足時の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 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 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従業者も含めて記載してください。

(参考) 複合型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

(複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

■複数事業所

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				
	居間及び食堂の合計面積	m ²		
	個室の宿泊室	室	うち床面積6.4m ² 以上7.43m ² 未満の宿泊室 (病院又は診療所である場合)	室
	個室以外の宿泊室の合計面積	m ²	宿泊サービスの利用定員から 個室の定員数を減じた数	人
	登録定員	人		
	通いサービスの利用定員	人	宿泊サービスの利用定員	人
	建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他		

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第二号(十一) 指定居宅介護支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX 番号	
管理者		Email			
	フリガナ	住所	(郵便番号 ー)		
	氏名				
	生年月日				
		当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地	事業所番号		
		兼務先のサービス 種別、兼務する職 種及び勤務時間 等			
○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(人)		介護支援専門員			
		専従	兼務		
常勤(人)					
非常勤(人)					
事業開始時の利用者の推定数			人		
添付書類		別添のとおり			

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 - 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。

指定に関する事務処理関係

付表第二号(十二) 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	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			
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記 入)	兼務先の名称、所在地		
	兼務先のサービス種別、兼 務する職種及び勤務時間 等			
○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(人)		担当職員		
		専従	兼務	
常 勤(人)				
非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数		人		
添付書類		別添のとおり		

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 - 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 担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第三号（一）

変更届出書

年 月 日

所在地
市(区・町・村)長殿
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	.....
	法人番号	.....
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
事業所の名称	(変更前)	
事業所の所在地		
申請者の名称		
主たる事務所の所在地		
代表者の氏名、生年月日、住所及び職名		
登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)		
事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)	
利用者の推定数、利用者の定員		
事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所		
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
運営規程		
その他		

- 備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第三号(三)

廃止・休止届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿 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										
	法人番号										
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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第三号(四)

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

指定申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

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に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

法人番号

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申請時に☑					<input type="checkbox"/>	
指定を受けようとする事業の種類とする	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
	介護予防訪問介護相当サービス				付表第三号(一)	
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)					
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)					
	介護予防通所介護相当サービス					付表第三号(二)
	緩和した基準による通所型サービス(定率)					
	緩和した基準による通所型サービス(定額)					
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護			/		
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
	地域密着型通所介護					
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)					
指定を受けている他市町村名						
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)					

備考

- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 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。
- 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。
- 「介護予防訪問介護相当サービス」「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。
- 「緩和した基準による訪問型サービス(定率)」「緩和した基準による訪問型サービス(定額)」「緩和した基準による通所型サービス(定率)」「緩和した基準による通所型サービス(定額)」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

別紙様式第三号(五)

指定更新申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

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に係る指定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。

		法人番号				
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 市区 府県 町村				
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX番号			
	代表者の職名・氏名・ 生年月日	Email	フリガナ 氏名		生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 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 市区 府県 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					
管理者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村				
	フリガナ 氏名			生年月日		
	住所	(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村				

- 備考
- 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 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。
 - 「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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第三号(一) 訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防訪問介護相当サービス		緩和した基準による訪問型サービス		定率		
						定額		
事業所	法人番号							
	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 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							
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)							
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地						
兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等								
○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		訪問介護員等						
		専従		兼務				
常勤(人)								
非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)								
利用者の推定数(人)								
サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名							
添付書類	別添のとおり							

(訪問型サービス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 市 区 府 県 町 村					
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号		
			Email				

- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - 2 管理者の業務については、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 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従業者も含めて記載してください。
 - 4 「介護予防訪問介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による訪問型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

（参考）訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者

サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏名			
フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
氏名				

（訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
Email					

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

付表第三号(二) 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類(該当に○)		介護予防通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス		定率	定額		
事業所	法人番号								
	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				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名								
	生年月日								
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地							
	兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等								
○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							

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

（通所型サービス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次頁の記入欄不足時の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、看護職員又は介護職員と兼務しない場合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、従業員については、上段の表に出張所に勤務する従業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。
 - 6 「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による通所型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(参考) 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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5	○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						

(通所型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号)		都 道 市 区	府 県		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4	○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5	○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						

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

介護保険法施行規則の規定に基づき 厚生労働大臣が定める様式について

（令和5年12月19日 厚生労働省老健局高齢者支援課／認知症施策・地域介護推進課／老人保健課 事務連絡）

介護サービス事業者等が都道府県知事又は市町村長に対して行う指定の申請や変更の届出等（以下「指定申請等」という。）の手続については、社会保障審議会介護保険部会介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会等での議論を踏まえ、介護保険法施行規則の一部を改正する省令（令和5年厚生労働省令第46号）による改正後の介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）において、厚生労働大臣が定める様式により行うものとされました。

今般、介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（令和5年12月19日厚生労働省告示第331号）において、介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式をお示ししましたので、下記内容をご確認の上で、指定申請等の際の様式としていただくようお願いいたします。

なお、施行期日までの間に、既に従来の様式を用いて指定申請等の手続を進めている事業所につきましては、施行期日までに提出がなされる場合は、改めて本様式にて申請する必要はないことを申し添えます。

【別紙2】標準様式

No.	分類	様式番号	様式・付表名	【掲載頁】	
1	基準該当	別紙様式第十号（一）	登録申請書	105	
2		別紙様式第十号（二）	変更届出書	107	
3		別紙様式第十号（三）	再開届出書	108	
4		別紙様式第十号（四）	廃止・休止届出書	109	
5		別紙様式第十号（五）	登録更新申請書	110	
6	居宅施設	標準様式1	勤務表	111	
7		標準様式2	受託居宅サービス事業所等	139	
8		標準様式3	平面図	140	
9		標準様式4	設備・備品等一覧表	141	
10		標準様式5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	142	
11		標準様式6	誓約書	143	
12		標準様式7	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧	149	
13		地域密着型	標準様式1	勤務表	150
14			標準様式2	管理者経歴書	187
15			標準様式3	平面図	188
16	標準様式4		設備等一覧表	189	
17	標準様式5		利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	190	

記

1. 施行期日

令和6年4月1日

2. 介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式名等

【別紙1】〔略→6頁「厚生労働大臣が定める様式」参照〕のとおり。

3. 様式に関する留意事項

【別紙1】の厚生労働大臣が定める様式は、変更を加えずに使用ください。

【別紙2】の標準様式についても、原則、変更を加えずにご活用ください。

※各種申請等に必要書類は、ホームページにてチェックリストをお示ししております。

4. 様式の掲載場所

厚生労働省ホームページ「指定申請等のウェブ入力・電子申請について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-shinsei.html> 以上

Web 1 指定に関する事務処理関係

18		標準様式 6	誓約書	191
19		標準様式 7	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧	196
20	総合事業	標準様式 1	勤務表	197
21		標準様式 2	平面図	207
22		標準様式 3	設備等一覧表	208
23		標準様式 4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	209
24		標準様式 5	誓約書	210

[令和 6 年 3 月 25 日事務連絡 (211 頁掲載) にあわせ一部修正]

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第十号（一）

基準該当居宅サービス事業所
 基準該当介護予防サービス事業所
 基準該当居宅介護支援事業所
 基準該当介護予防支援事業所

登録申請書

年 月 日

市(区・町・村)長 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

基準該当事業所として、登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

法人番号

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 市 区	府 県 町 村	
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
	法人等の種類	Email			
申 請 者	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 市 区	府 県 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 <input type="checkbox"/>					
登 録 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類	登録申請対象事業等(該当事業に○)	既に登録を受けている事業等(該当事業に○)	登録申請をする事業等の開始予定年月日	様 式
	訪問介護				指定居宅付表第一号(一)
	訪問入浴介護				指定居宅付表第一号(二)
	通所介護				指定居宅付表第一号(六)
	短期入所生活介護				指定居宅付表第一号(八)(九)(十)
	福祉用具貸与				指定居宅付表第一号(十三)
	介護予防訪問入浴介護				指定居宅付表第一号(二)
	介護予防短期入所生活介護				指定居宅付表第一号(八)(九)(十)
	介護予防福祉用具貸与				指定居宅付表第一号(十三)
	居宅介護支援事業				指定地域密着型付表第二号(十一)
	介護予防支援事業				指定地域密着型付表第二号(十二)
基準該当事業所番号	(既に登録を受けている場合)				
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)				

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
 (有料老人ホーム)

前払金等関係
 (有料老人ホーム)

- 備考
- 1 「登録申請対象事業等」「既に登録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、その全てを記載してください。
 - 3 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。
 - 4 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。

別紙様式第十号(二)

変更届出書

年 月 日

市(区・町・村)長 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり登録を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

	法人番号	.....
	基準該当事業所番号	.....
登録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	
事業所の名称	(変更前)	
事業所の所在地		
申請者の名称		
主たる事務所の所在地		
代表者の氏名、生年月日、住所及び職名		
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)		
事業所の建物の構造、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		
事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)	
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
運営規程		
協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関		
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つては、委託先の状況)		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)前払金等関係
(有料老人ホーム)

別紙様式第十号（四）

廃止・休止届出書

年 月 日

市（区・町・村）長 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。

	法人番号	.....
	基準該当事業所番号	.....
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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
（有料老人ホーム）前払金等関係
（有料老人ホーム）

別紙様式第十号(五)

基準該当居宅サービス事業所
 基準該当介護予防サービス事業所
 基準該当居宅介護支援事業所
 基準該当介護予防支援事業所

登録更新申請書

年 月 日

市(区・町・村)長 殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

基準該当事業所に係る登録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。

		法人番号				
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	市 区	
				府 県	町 村	
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号		
		Email				
事 業 所	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	市 区	
				府 県	町 村	
	事業等の種類			基準該当事業所番号		
事 業 所	登録有効期間満了日					
	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 -)		都 道	市 区	
				府 県	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					
管 理 者	フリガナ 氏名			生年月日		
	住所	(郵便番号 -)		都 道	市 区	
				府 県	町 村	

- 備考 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 3 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。
 4 「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。

従業員の仕事の体制及び勤務形態一覧表

令和 6 年 4 月

サービス種別 () 訪問介護
事業所名 ()

(1) 4週
予定

(2) 160 時間/月
30 日

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週 当月の日数

No	(4) 職種	(5) 勤務形態	(6) 資格	(7) 氏名	(8)							(9) 1ヵ月間の勤務日数	(10) 常勤従業員数	(11) 業務内容 (業務先/業務内容等)		
					1週目		2週目		3週目		4週目					
		月		日		日		日		日		日		日		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																

(12) サービス提供責任者の配置標準 (前3か月の利用者数)

新規申込月の場合は恒定期数	1月	2月	3月	合計	(人)
要介護者	0	0	0	0	0
要介護者等	0	0	0	0	0
要介護等	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

(平均利用者数)

平均利用者数 $\frac{0}{40} = 0.0$ の必要配置人数 $\frac{0}{1.0} = 0$

(※) 以下の条件を満たす場合、利用者の数が50人またはその半数を超過することにより1人以上可

- ・常勤のサービス提供責任者を3人以上以上配置
- ・サービス提供責任者の半数に主として従事する者1人以上配置
- ・サービス提供責任者が行う業務が効果的に行われている

(13) 【任意入力】人員基準の増設 (訪問介護員)

勤務形態	勤続期間数合計		勤続期間数の対称時間数		勤続換算方法対象外の勤続換算方法対象者の人数	
	当月合計	週平均	当月合計	週平均	当月合計	週平均
A	0	0.0	0	0.0	0	0.0
B	0	0.0	0	0.0	0	0.0
C	0	0.0	0	0.0	0	0.0
D	0	0.0	0	0.0	0	0.0
合計	0	0.0	0	0.0	0	0.0

■ 勤続換算方法による人数 基準: 週
常勤換算の 0 対称時間数 (週平均) \div 週に勤務すべき時間数 $=$ 常勤換算後の人数
 $\frac{0}{40} = 0.0$ (小数点第2位以下切り捨て)

■ 訪問介護員等の常勤換算方法による人数
勤続換算方法対象者の人数 $+$ 勤続換算方法による人数 $=$ 合計
 $0 + 0.0 = 0.0$ (人)

(勤務形態の記号)

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

<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 (訪問介護)

- ……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) 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	サービス提供責任者
3	訪問介護員

※サービス提供責任者は介護訪問員から選任しますが、この場合は「サービス提供責任者」として1行にまとめて記入してください。

- (5) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
(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。)

- (6) 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、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してください。
- (7) 従業者の氏名を記入してください。
- (8) 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。
※ 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。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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・施設名称、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、特記事項欄としてご活用ください。
- (12) 前3か月の利用者数をそれぞれの欄に入力してください。新規または再開の場合は、推定数とします。
当該指定訪問介護事業所が提供する指定訪問介護のうち、通院等乗降介助に該当するもののみを利用した者の当該月における利用者の数については、0.1人として計算してください。
- (13) 【任意入力】訪問介護員について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
 - 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
 - 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。（「枚間」⇒「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。

（標準様式1） 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 6 （ 2024 ） 年 4 月

サービス提供 事業所名 (訪問入浴介護)

(1) 4週
(2) 予定
時間/週 160
時間/月 30
日

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数

40 時間/週
当月の日数

No	(4) 職種	(5) 勤務形態	(6) 資格	(7) 氏名	(8)																												(9)~(4)週 月の勤務時間 間数合計	(10) 週平均 勤務時間数	(11) 業務状況 (業務先/業務する職務の 内容) 等						
					1週目							2週目							3週目							4週目										5週目					
					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				1	2				
1																																							0	0	
2																																						0	0		
3																																						0	0		
4																																						0	0		
5																																						0	0		
6																																						0	0		
7																																						0	0		
8																																						0	0		
9																																						0	0		
10																																						0	0		
11																																						0	0		
12																																						0	0		
13																																						0	0		
14																																						0	0		
15																																						0	0		
16																																						0	0		
17																																						0	0		
18																																						0	0		

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

指定に関する事務処理関係

<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 (訪問入浴介護)

- ・・・・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) 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	看護職員
3	介護職員

- (5) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
(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。)

- (6) 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、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してください。
- (7) 従業者の氏名を記入してください。
- (8) 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。
※ 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。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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、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。

【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。

（標準様式1） 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覽表

令和 6 (2024) 年 4 月

サービス選別 (訪問看護 (訪問看護ステーション))

事業所名 ()

(1) 4週 予定

(2) 160 時間/週

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週 当月の日数 30 日

(3)事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数

No	(4) 職種	(5) 勤務形態	(6) 資格	(7) 氏名	(8)																															(9)1~4週 目的勤務時間 期間合計	(10) 月平均 勤務時間数	(11) 業務状況 (業務先/業務する業務の 内容) 等															
					1.週目			2.週目			3.週目			4.週目			5.週目																																				
						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																		
1																																						0	0														
2																																								0	0												
3																																									0	0											
4																																										0	0										
5																																										0	0										
6																																												0	0								
7																																												0	0								
8																																													0	0							
9																																														0	0						
10																																														0	0						
11																																															0	0					
12																																																0	0				
13																																																	0	0			
14																																																		0	0		
15																																																		0	0		
16																																																		0	0		
17																																																		0	0		
18																																																			0	0	

(勤務形態の記号)

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

(12)【任意入力】人員基準の確保(看護職員)

勤務形態	当月合計	週平均	常勤換算方法対象外の対象時間数	当月合計	週平均
A	0	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0
C	0	0	0	0	0
D	0	0	0	0	0
合計	0	0	0	0	0

■常勤換算方法による人数 基準：週

常勤換算の対象者が週に勤務すべき時間数 週に勤務すべき時間数 = 0.0

常勤換算後の人数 0.0

(小数点第2位以下切り捨て)

■看護職員の常勤換算方法による人数

常勤換算方法対象外の常勤の従業員人数 0 + 常勤換算方法による人数 0.0 = 合計 0.0人

設置運営標準化指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

<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 (訪問看護)

- ……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) 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	看護職員
3	理学療法士
4	作業療法士
5	言語聴覚士

- (5) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
(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。)

- (6) 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、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してください。
- (7) 従業者の氏名を記入してください。
- (8) 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。
※ 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。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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・施設名称、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、特記事項欄としてご活用ください。

- (12) 【任意入力】看護職員について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
 - 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A:常勤で専従」及び「B:常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
 - 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1(人)として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。
(「枚間」⇒「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。

（標準様式）

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 **6** 年 **4** 月

サービス種別（ **介護** ）
事業所名（ **〇〇デイサービス** ）
（1） 4週
（2） 予定

（3）事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月
当日の日数 30 日

（4）事業所全体のサービス提供単位数 _____ 単位
（5）当該サービス提供単位のサービス提供時間 _____ 単位目 _____ 時間（計 0 時間）

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 賃上げ	(9) 氏名	1週目	2週目							3週目							4週目							5週目	(11) 1～4週目の勤務時間合計	(12) 勤務時間数	(13) 業務体系（業務先及び業務する業務の内容等）					
						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
1		ソフト記号			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
2		勤務時間																															0	0	
3		勤務時間																															0	0	
4		勤務時間																															0	0	
5		勤務時間																															0	0	
6		勤務時間																															0	0	
7		勤務時間																															0	0	
8		勤務時間																															0	0	
9		勤務時間																															0	0	
10		勤務時間																															0	0	
11		勤務時間																															0	0	
12		勤務時間																															0	0	
13		勤務時間																															0	0	
					<p>(14) サービス提供時間内の勤務延長時間数（生活相談員）</p> <p>(15) サービス提供時間内の勤務延長時間数（介護職員）</p> <p>(16) 利用者数</p> <p>(17) サービス提供時間（平均提供時間）</p> <p>(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数</p>																												0	0	
					<p>(参考)</p> <p>(19) 1日の職員別人員内訳</p> <p>生活相談員 _____ 名</p> <p>介護職員 _____ 名</p> <p>機能別担当職員 _____ 名</p>																												0	0	

《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。

No	記号	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		自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	
1	a	9:00	18:00	1:00	9:30	16:30	9:30	16:30	
2	b			0:00			0:00	0:00	7
3	c			0:00			0:00	0:00	0
4	d			0:00			0:00	0:00	0
5	e			0:00			0:00	0:00	0
6	f			0:00			0:00	0:00	0
7	g			0:00			0:00	0:00	0
8	h			0:00			0:00	0:00	0
9	i			0:00			0:00	0:00	0
10	j			0:00			0:00	0:00	0
11	k			0:00			0:00	0:00	0
12	l			0:00			0:00	0:00	0
13	m			0:00			0:00	0:00	0
14	n			0:00			0:00	0:00	0
15	o			0:00			0:00	0:00	0
16	p			0:00			0:00	0:00	0
17	q			0:00			0:00	0:00	0
18	r			0:00			0:00	0:00	0
19	s			0:00			0:00	0:00	0
20	t			0:00			0:00	0:00	0
21	u								1
22	v								2
23	w								3
24	x								4
25	y								4
26	z								3
27	休								5
28	-								0
29	-								
30	-								

- ・職種ごとの勤務時間を「〇：〇〇～〇：〇〇」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長時間数」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注意ください。（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長時間数は、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、確保すべき勤務延長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齐に休憩を取ることがないようには、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。

このような取扱いには、通常の常勤勤務換算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。

<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。**雇用の形態は考慮しません。**
(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、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利用ください。
- (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。

（標準様式1） 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 6 （ 2024 ） 年 4 月

サービス提供（ ） 通所リハビリテーション
事業所名（ ）

(1) 4.週 予定
(2) 160 時間/週 160 時間/月
当月の日数 40 時間/週 30 日
(3)事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数
(4)事業所全体のサービス提供単位数 1 単位
(5)当該サービス提供単位のサービス提供時間 1 単位目 (計 0 時間)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	(10)												(11)1週目の勤務合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 業務体系（専任及び兼務する職務の内訳）等																
					1週目			2週目			3週目			4週目						5週目															
					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			
					月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日			
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
					理学療法士																														
					作業療法士																														
					言語聴覚士																														
					看護職員																														
					介護職員																														
					経験者を含む兼講師																														
					他のリハビリテーション提供者																														
					(14) サービス提供時間内の勤務時間数																														
					(15) 利用者数																														

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

《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。

No	記号	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			自由記載欄	
		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	勤務時間	開始時刻	終了時刻		勤務時間
1	a	9:00	17:30	1:00	7.5	9:30	16:30	7	9:30	16:30	7	
2	b			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
3	c			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
4	d			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
5	e			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
6	f			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
7	g			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
8	h			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
9	i			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
10	j			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
11	k			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
12	l			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
13	m			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
14	n			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
15	o			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
16	p			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
17	q			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
18	r			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
19	s			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
20	t			0:00	0			0	0:00	0:00	0	
21	u				1			1			1	
22	v				2			2			2	
23	w				3			3			3	
24	x				4			4			4	
25	y				4			3			3	
26	z				5			5			5	
27	休				0			0			0	休日
28	-											
29	-											
30	-											

- ・ 職種ごとの勤務時間を「〇：〇〇～〇：〇〇」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長時間数」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注意ください。（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長時間数は、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、確保すべき勤務延長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齐に休憩を取ることがないようには、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。

このような取扱いには、通常の常勤勤務換算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。

<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 (通所リハビリテーション)

- ・・・・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	備考
1	医師	
2	理学療法士	
3	作業療法士	
4	言語聴覚士	
5	看護職員	
6	介護職員	
7	経験を有する看護師	通所リハビリテーション又はこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師とします。
8	他のリハビリテーション提供者	定期的に適切な研修(※)を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師とします。 (※) 運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修であって、関係学会等により開催されているものを指します。 具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会が行う運動療法機能訓練技能講習会が該当します。

- (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。**雇用の形態は考慮しません。**
(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、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利用ください。
- (14) 各職種(医師を除く)の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) 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。

【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。
(「枚割」⇒「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。

No	記号	勤務時間				自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	
1	a			(0:00)		
2	b			(0:00)		
3	c			(0:00)		
4	d			(0:00)		
5	e			(0:00)		
6	f			(0:00)		
7	g			(0:00)		
8	h			(0:00)		
9	i			(0:00)		
10	j			(0:00)		
11	k			(0:00)		
12	l			(0:00)		
13	m			(0:00)		
14	n			(0:00)		
15	o			(0:00)		
16	p			(0:00)		
17	q			(0:00)		
18	r			()	1	
19	s			()	2	
20	t			()	3	
21	u			()	4	
22	v			()	5	
23	w			()	6	
24	x			()	7	
25	y			()	8	
26	z			()	1	
27	x			()	2	
28	aa			()	3	
29	ab			()	4	
30	ac			()	5	
31	ad			()	6	
32	ae			()	7	
33	af			()	8	
34	ag			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
35	ah			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
36	ai			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみ
- ・No18～33以外は始業時刻・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
- ・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。

<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（特定施設入居者生活介護）

- | | | |
|---|---------------------------|-------------------------|
| ● | 直接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。 |
| ■ | プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。 | |

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。

- 「4週」「暦月」のいずれかを選択してください。
- 「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。）
- 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。
- 利用者数を入力してください。利用者数は、前年度の平均値（前年度の利用者延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ）とします。新規又は再開の場合は、推定数を入力してください。
- 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
6	計画作成担当者

- 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。**雇用の形態は考慮しません。**
（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。）

- 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。）
複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、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してください。
- 従業者の氏名を記入してください。
- 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、シフト記号を選択または入力してください。）
※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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 【任意入力】** 常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
○ 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものと、
1（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。

<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（福祉用具貸与・特定福祉用具販売）

- …… 直接入力する必要がある箇所です。
 …… ブ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) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をブ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	福祉用具専門相談員

- (5) 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ブ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。**雇用の形態は考慮しません。**
（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。）

- (6) 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をブ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、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してください。
- (7) 従業者の氏名を記入してください。
- (8) 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。
※ 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。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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・施設名称、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。
- (12) 【任意入力】福祉用具専門相談員について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
○ 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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、計算式及びブ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ソフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

従業者の職務の体制及び勤務形態一覧表

(標準様式)

サービスマニュアル ()
事業者名 ()
指定介護老人福祉施設(ユニット型) ()

(1) 4週 予定
(2) 時間/週 160 時間/月 30 日
(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 当月の日数
(4) 入所者数(利用者数) (前年度の平均値または推定数)

Table with columns for employee ID, name, position, and a grid for monthly attendance (1st to 17th day) with rows for shift types (e.g., シフト記号, 勤務時間数).

(15) 【年費入力】人員基準の確保(看護職員・介護職員)

①看護職員 and ②介護職員 calculation sections. Includes tables for monthly attendance counts and formulas for calculating full-time equivalents based on different methods.

③看護職員と介護職員の合計 calculation section. Includes a table for employee counts by category and a summary formula.

《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。

No	記号	勤務時間				自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	
1	a			(0:00)		
2	b			(0:00)		
3	c			(0:00)		
4	d			(0:00)		
5	e			(0:00)		
6	f			(0:00)		
7	g			(0:00)		
8	h			(0:00)		
9	i			(0:00)		
10	j			(0:00)		
11	k			(0:00)		
12	l			(0:00)		
13	m			(0:00)		
14	n			(0:00)		
15	o			(0:00)		
16	p			(0:00)		
17	q			(0:00)		
18	r				1	
19	s				2	
20	t				3	
21	u				4	
22	v				5	
23	w				6	
24	x				7	
25	y				8	
26	z				1	
27	x				2	
28	aa				3	
29	ab				4	
30	ac				5	
31	ad				6	
32	ae				7	
33	af				8	
34	ag			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
35	ah			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
36	ai			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18～33以外は始業時刻・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。

＜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（【ユニット型】指定介護老人福祉施設・短期入所生活介護）

- ……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) 入所者数（利用者数）を入力してください。入所者数（利用者数）は、前年度の平均値（前年度の入所者（利用者）延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ）とします。新規又は再開の場合は、推定数を入力してください。
- (5) ユニットリーダー以下の印をつけてください。
 ユニットケアリーダー研修を受講した従業者（以下、「研修受講者」） ……
 研修受講者ではない、ユニットにおけるケアに責任を持つ従業者 ……
- (6) ユニットに属する従業者（看護職員・介護職員）については、その属するユニット名を入力してください。
 記入の順序はユニットごとにまとめてください。また、夜勤時間帯に、2ユニットごとに1人以上の看護職員・介護職員を配置する場合は、原則、そのユニットを並べて記載してください。
 なお、夜勤時間帯に2ユニットを担当する従業者は、通常主に担当するユニット名を入力してください。
- (7) 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。ただし、ユニットに属する看護職員の場合は、看護職員・介護職員をユニット単位でまとめて記載してください。

No	職種名
1	管理者
2	医師
3	生活相談員
4	看護職員
5	介護職員
6	栄養士
7	機能訓練指導員
8	介護支援専門員

- (8) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
 （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。）

- (9) 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。）
 複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、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してください。
※ユニットケアリーダー研修を受講した従業者については、必要に応じて、ユニットケアリーダー研修修了証の写しを添付資料として提出してください。
- (10) 従業者の氏名を記入してください。
- (11) 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、シフト記号を選択または入力してください。）
 ※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。
- (12) 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上限とします。
- (13) 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。
- (14) 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。
- (15) **【任意入力】** 常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
 ○ 常勤換算方法は、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
 したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
 ○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、
 1（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「〔11〕兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。PWI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あり、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、各施設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。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(標準様式1)

令和 6 (2024) 年 4 月

サービスマニュアル (指定介護老人保健施設 (ユニット型))
事業所名 (〇〇〇〇)

(1) 4週
(2) 予定
時間/週 160 時間/月
当月の日数 30 日
(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 (前年度の平均値または指定数)
(4) 入所者数 (利用者数) (前年度の平均値または指定数) 人

Table with columns for staff details (No, Name, Grade, Position, etc.) and a grid for recording work status (1-5 days) and shift types (A-D) for each day of the month.

(15) 【任意入力】人員基準の確認 (看護職員・介護職員)

①看護職員 勤務時間数合計
勤務形態 当月合計 週平均
A 0 0
B 0 0
C 0 0
D 0 0
合計 0 0

常勤換算の対象時間数 常勤換算方法対象外の人数
当月合計 週平均
0 0
0 0
0 0
0 0
合計 0 0

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週
常勤換算の 常勤の従業者が週に勤務すべき時間数
0 40
常勤換算後の人数
0 0
(小数点第2位以下切り捨て)

■ 看護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の人数
0 0
常勤換算方法による人数
0 0
合計 0 0

②介護職員 勤務時間数合計
勤務形態 当月合計 週平均
A 0 0
B 0 0
C 0 0
D 0 0
合計 0 0

常勤換算の対象時間数 常勤換算方法対象外の人数
当月合計 週平均
0 0
0 0
0 0
0 0
合計 0 0

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週
常勤換算の 常勤の従業者が週に勤務すべき時間数
0 40
常勤換算後の人数
0 0
(小数点第2位以下切り捨て)

■ 介護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の人数
0 0
常勤換算方法による人数
0 0
合計 0 0

③看護職員と介護職員の合計

看護職員 0.0人 + 介護職員 0.0人 = 合計 0.0人

(勤務形態の記号)

Table with columns for shift types: A (常勤で専従), B (非常勤で専従), C (非常勤で兼従), D (非常勤で兼務)

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等 (有料老人ホーム)

前払金等関係 (有料老人ホーム)

《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。

No	記号	勤務時間				自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	
1	a			(0:00)		
2	b			(0:00)		
3	c			(0:00)		
4	d			(0:00)		
5	e			(0:00)		
6	f			(0:00)		
7	g			(0:00)		
8	h			(0:00)		
9	i			(0:00)		
10	j			(0:00)		
11	k			(0:00)		
12	l			(0:00)		
13	m			(0:00)		
14	n			(0:00)		
15	o			(0:00)		
16	p			(0:00)		
17	q			(0:00)		
18	r				1	
19	s				2	
20	t				3	
21	u				4	
22	v				5	
23	w				6	
24	x				7	
25	y				8	
26	z				1	
27	x				2	
28	aa				3	
29	ab				4	
30	ac				5	
31	ad				6	
32	ae				7	
33	af				8	
34	ag			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
35	ah			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
36	ai			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18～33以外は始業時刻・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、入力へ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。

◀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（【ユニット型】指定介護老人保健施設・短期入所療養介護）

- …… 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) 入所者数（利用者数／入院患者）を入力してください。入所者数は、前年度の平均値（前年度の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数、小数点第2位以下を切り上げ）とします。新規又は再開の場合は、推定数を入力してください。
- (5) ユニットリーダーに以下の印をつけてください。
 ユニットケアリーダー研修を受講した従業者（以下、「研修受講者」） …… ◎
 研修受講者ではない、ユニットにおけるケアに責任を持つ従業者 …… ○
- (6) ユニットに属する従業者（看護職員・介護職員）については、その属するユニット名を入力してください。
 記入の順序はユニットごとにまとめてください。また、夜勤時間帯に、2ユニットごとに1人以上の看護職員・介護職員を配置する場合は、原則、そのユニットを並べて記載してください。
 なお、夜勤時間帯に2ユニットを担当する従業者は、通常主に担当するユニット名を入力してください。
- (7) 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。ただし、ユニットに属する看護職員の場合は、看護職員・介護職員をユニット単位でまとめて記載してください。

No	職種名
1	管理者
2	医師
3	薬剤師
4	看護職員
5	介護職員
6	支援相談員
7	理学療法士
8	作業療法士
9	言語聴覚士
10	栄養士
11	介護支援専門員
12	調理員
13	事務員
14	その他の従業者

- (8) 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。**雇用の形態は考慮しませんが**、
 （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。）

- (9) 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。）
 複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、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してください。
※ユニットケアリーダー研修を受講した従業者については、必要に応じて、ユニットケアリーダー研修修了証の写しを添付資料として提出してください。
- (10) 従業者の氏名を記入してください。
- (11) 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、シフト記号を選択または入力してください。）
 ※ 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。
- (12) 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。
- (13) 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。
- (14) 申請する事業所以外の事業所・施設との業務がある場合は、業務先の事業所・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。
 同一事業所内の業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。
- (15) 【任意入力】常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
 ○ 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
 したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実際に「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
 ○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものと、1（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「(11)業務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。（「[検索]」⇒「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、各施設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。

No	記号	勤務時間			自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	
1	a		~	(0:00)	
2	b		~	(0:00)	
3	c		~	(0:00)	
4	d		~	(0:00)	
5	e		~	(0:00)	
6	f		~	(0:00)	
7	g		~	(0:00)	
8	h		~	(0:00)	
9	i		~	(0:00)	
10	j		~	(0:00)	
11	k		~	(0:00)	
12	l		~	(0:00)	
13	m		~	(0:00)	
14	n		~	(0:00)	
15	o		~	(0:00)	
16	p		~	(0:00)	
17	q		~	(0:00)	
18	r		~	()	1
19	s		~	()	2
20	t		~	()	3
21	u		~	()	4
22	v		~	()	5
23	w		~	()	6
24	x		~	()	7
25	y		~	()	8
26	z		~	()	1
27	x		~	()	2
28	aa		~	()	3
29	ab		~	()	4
30	ac		~	()	5
31	ad		~	()	6
32	ae		~	()	7
33	af		~	()	8
34	ag		~	(0:00)	
	-		~	(0:00)	
	-	-	-	(-)	1日に2回勤務する場合
	ah		~	(0:00)	
35	-		~	(0:00)	
	-	-	-	(-)	1日に2回勤務する場合
	ai		~	(0:00)	
36	-		~	(0:00)	
	-	-	-	(-)	1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18～33以外は始業時刻・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。

<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 (【ユニット型】介護医療院)

- …… 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) I型療養床・II型療養床の入所者の数をそれぞれ入力してください。入所者の数は、前年度の平均値(前年度の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ)とします。新規又は再開の場合は、推定数を入力してください。
- (5) ユニットリーダーに以下の印をつけてください。
 ユニットケアリーダー研修を受講した従業者(以下、「研修受講者」) …… ◎
 研修受講者ではない、ユニットにおけるケアに責任を持つ従業者 …… ○
- (6) ユニットに属する従業者(看護職員・介護職員)については、その属するユニット名を入力してください。
 記入の順序はユニットごとにまとめてください。また、夜勤時間帯に、2ユニットごとに1人以上の看護職員・介護職員を配置する場合は、原則、そのユニットを並べて記載してください。
 なお、夜勤時間帯に2ユニットを担当する従業者は、通常主に担当するユニット名を入力してください。
- (7) ユニットの職種について、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。ただし、ユニットに属する看護職員の場合は、看護職員・介護職員をユニット単位でまとめて記載してください。

No	職種名
1	管理者
2	医師
3	薬剤師
4	栄養士
5	看護職員
6	介護職員
7	理学療法士
8	作業療法士
9	言語聴覚士
10	介護支援専門員
11	診療放射線技師
12	調理員
13	事務員
14	その他の従業者

- (8) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
 (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。)

- (9) 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。)
 複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、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してください。
※ユニットケアリーダー研修を受講した従業者については、必要に応じて、ユニットケアリーダー研修修了証の写しを添付資料として提出してください。
- (10) 従業者の氏名を記入してください。
- (11) 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、シフト記号を選択または入力してください。)
 ※ 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。
- (12) 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上限とします。
- (13) 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。
- (14) 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、特記事項欄としてご活用ください。
- (15) **[任意入力]** 常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
 - 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
 したがって、勤務形態「A:常勤で専従」及び「B:常勤で兼務」については、「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、入力すること。
 - 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能である。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1(A)として入力してください。また、「(11)業務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。
 (「[解除] ⇒ 「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あり、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、各施設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。

(標準様式2)

受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地

サービス	予防サービスの場合に○	事業者		事業所	
		フリガナ 名称	所在地	フリガナ 名称	所在地
指定訪問 介護					
指定訪問 入浴介護					
指定訪問 看護					
指定訪問 リハビリ テーション					
指定通所 介護					
指定通所 リハビリ テーション					
指定福祉 用具貸与					
指定認知 症対応型 通所介護					

備考

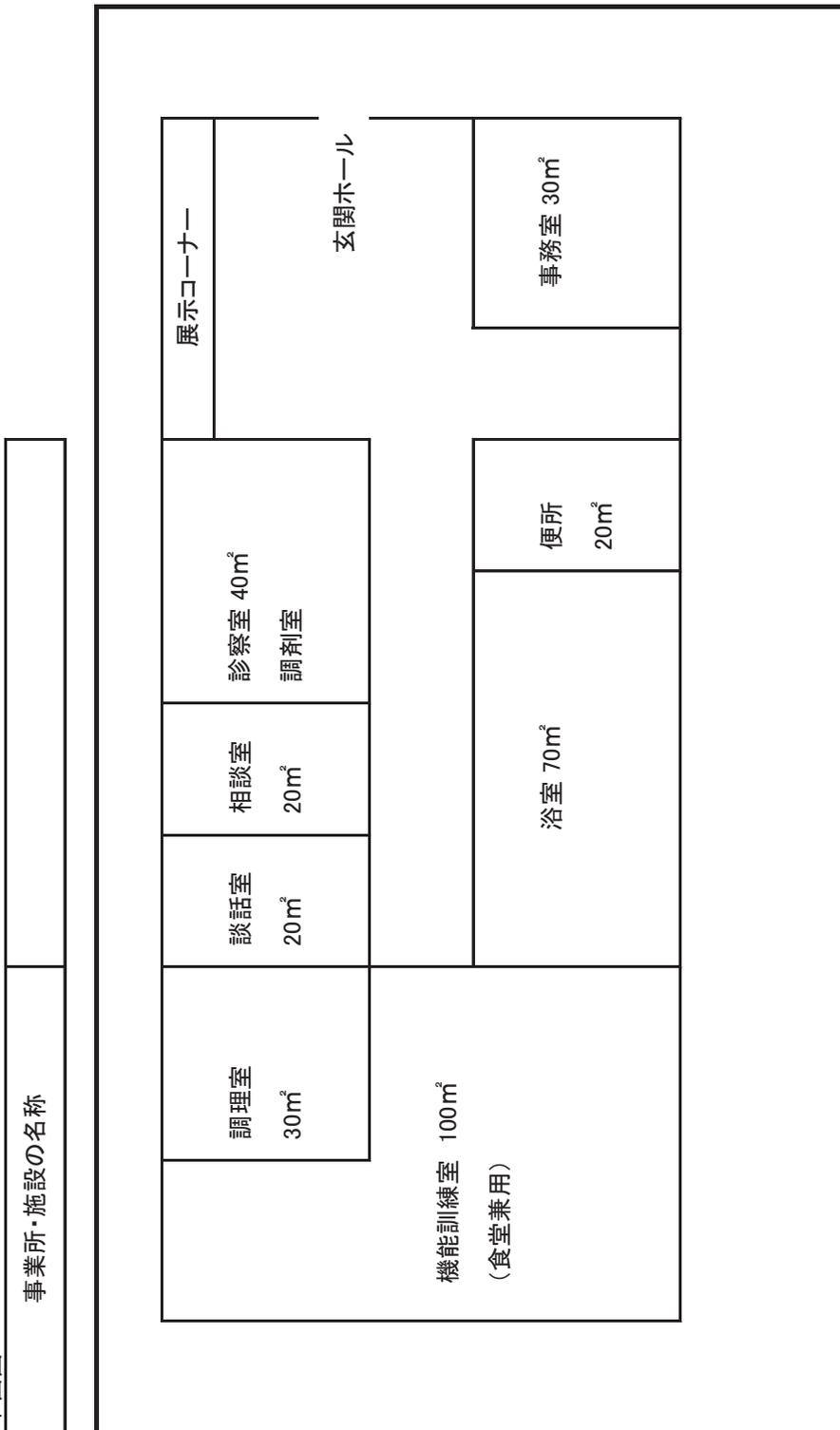
- 1 訪問介護、訪問看護、通所介護については必ず記入してください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)前払金等関係
(有料老人ホーム)

(標準様式3)

平面図



- 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易く表示してください。

（標準様式4）

設備・備品等一覧表

サービス種類（ ）
事業所名・施設名（ ）

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	(例)消火設備その他非常災害に際して必要な設備	

備品一覧(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業のみ)

チェック欄	備品の種類	品名	数量

備考 1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
2 「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

指定に関する事務処理関係
設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)
前払金等関係
(有料老人ホーム)

(標準様式5)

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。

(標準様式6)

誓約書

年 月 日

〇〇 都道府県知事 殿

申請者 (名称)

 (代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

別紙①: 居宅サービス事業所向け
別紙②: 介護老人福祉施設向け
別紙③: 介護老人保健施設向け
別紙④: 介護医療院向け
別紙⑤: 介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)前払金等関係
(有料老人ホーム)

(別紙①): 居宅サービス事業所向け
介護保険法第70条第2項

一	申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
二	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、第七十四条第一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
三	申請者が、第七十四条第二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。
四	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。
五	申請者が、この法律その他の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。
五の二	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。
五の三	申請者が、社会保険法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和四十四年法律第八十四号)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、第七十八條の二第四項第五号の三、第七十九條第二項第四号の三、第九十四條第三項第五号の三、第三百七条第三項第七号、第十五条の二第二項第五号の三、第十五条の十二第二項第五号の三、第十五条の二十二第二項第四号の三及び第二百三条第二項において「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三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。第七十八條の二第四項第五号の三、第七十九條第二項第四号の三、第九十四條第三項第五号の三、第三百七条第三項第七号、第十五条の二第二項第五号の三、第十五条の十二第二項第五号の三及び第十五条の二十二第二項第四号の三において同じ。)を引き続き滞納している者であるとき。
六	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、第七十七條第一項又は第十五条の三十五第六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、その取消の日から起算して五年を経過しない者(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十五条の規定による通知があった日前六十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含む。、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の支配力を有するものと認められる者を含む。第五節及び第二百三条第二項において同じ。、)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。))であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。、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六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五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理由となつ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。
六の二	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、第七十七條第一項又は第十五条の三十五第六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、その取消の日から起算して五年を経過しない者(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十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。、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六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五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理由となつ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。
六の三	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、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、第七十七條第一項又は第十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五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理由となつ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。
七	申請者が、第七十七條第一項又は第十五条の三十五第六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十五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七十五條第二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五年を経過しないものであるとき。
七の二	申請者が、第七十六條第一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七十七條第一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十日以内に特定の日を通じた場における当該特定の日をいう。))までの間に第七十五條第二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五年を経過しないものであるとき。
八	第七号に規定する期間内に第七十五條第二項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十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。))の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
九	申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関する不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
十	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四号から第六号まで又は第七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。
十の二	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四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
十一	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、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。
十二	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、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(別紙②):介護老人福祉施設向け
介護保険法第86条第2項

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

一	第八十八条第一項に規定する人員を有しないとき。
二	第八十八条第二項に規定する指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護老人福祉施設の運営をすることができないと認められるとき。
三	当該特別養護老人ホームの開設者が、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。
三の二	当該特別養護老人ホームの開設者が、労働に関する法律の規定であつ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。
三の三	当該特別養護老人ホームの開設者が、健康保険法、地方公務員等共済組合法、厚生年金保険法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律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三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、負担金又は掛金の全て（当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料、負担金又は掛金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、負担金又は掛金に限る。）を引き続き滞納している者であるとき。
四	当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十二条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護老人福祉施設の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分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介護老人福祉施設の開設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介護老人福祉施設の開設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。
五	当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十二条第一項又は第一百五十五条の三十五第六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十五条の規定による通知があつ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九十一条の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
五の二	当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十条第一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九十二条第一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特別養護老人ホームの開設者に当該検査が行われた日から十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。）までの間に第九十一条の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
六	当該特別養護老人ホームの開設者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に開し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
七	当該特別養護老人ホームの開設者の役員又はその長のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。
	イ 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
	ロ 第三号、第三号の二又は前号に該当する者
ハ	この法律、国民健康保険法又は国民年金法の定めるところにより納付義務を負う保険料（地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下このハにおいて「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、納付義務を定めた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三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。）を引き続き滞納している者
ニ	第九十二条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消された特別養護老人ホームにおいて、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内にその開設者の役員又はその長であつた者で当該取消の日から起算して五年を経過しないもの（当該指定の取消しが、指定介護老人福祉施設の指定の取消しのうち当該指定の取消し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介護老人福祉施設の開設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介護老人福祉施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号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。）
ホ	第五号に規定する期間内に第九十一条の規定による指定の辞退をした特別養護老人ホーム（当該指定の辞退について相当の理由がある特別養護老人ホームを除く。）において、同号の通知の日前六十日以内にその開設者の役員又はその長であつた者で当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないもの

(別紙③):介護老人保健施設向け
介護保険法第94条第3項

一	当該介護老人保健施設を開設しようとする者が、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人その他厚生労働大臣が定める者でないとき。
二	当該介護老人保健施設が第九十七条第一項に規定する療養室、診察室及び機能訓練室並びに都道府県の条例で定める施設又は同条第二項の厚生労働省令及び都道府県の条例で定める人員を有しないとき。
三	第九十七条第三項に規定する介護老人保健施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護老人保健施設の運営をすることができないと認められるとき。
四	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。
五	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。
五の二	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。
五の三	申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。
六	申請者が、第百四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により許可を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該許可を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその開設した介護老人保健施設の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該通知があった日前六十日以内に当該者の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該通知があった日前六十日以内に当該者の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該通知があった日前六十日以内に当該者の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該通知があった日前六十日以内に当該者の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。
七	申請者が、第百四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による許可の取消の処分に係る行政手続法第十五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九十九条第二項の規定による廃止の届出をした者(当該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五年を経過しないものであるとき。
七の二	申請者が、第百条第一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百四条第一項の規定による許可の取消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十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。)までの間に第九十九条第二項の規定による廃止の届出をした者(当該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五年を経過しないものであるとき。
八	第七号に規定する期間内に第九十九条第二項の規定による廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該廃止について相当の理由がある者を除く。)の役員若しくはその開設した介護老人保健施設の管理者又は当該届出に係る第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもの(当該廃止について相当の理由がある者を除く。)の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
九	申請者が、許可の申請前五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。
十	申請者が、法人で、その役員等のうちに第四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。
十一	申請者が、第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもので、その事業所を管理する者その他の政令で定める使用人のうちに第四号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(別紙④)介護医療院向け)

介護保険法第107条第3項

一	当該介護医療院を開設しようとする者が、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人その他厚生労働大臣が定める者でないとき。
二	当該介護医療院が第百十一条第一項に規定する療養室、診療室、処置室及び機能訓練室並びに都道府県の条例で定める施設又は同条第二項の厚生労働省令及び都道府県の条例で定める人員を有しないとき。
三	第百十一条第三項に規定する介護医療院の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護医療院の運営をすることができないと認められるとき。
四	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。
五	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。
六	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。
七	申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。
八	申請者が、第百十四条の六第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により許可を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（当該許可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十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその開設した介護医療院の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該通知があった日前六十日以内に当該者の開設した介護医療院の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該許可の取消し、介護医療院の許可の取消しその他の当該許可の取消し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介護医療院の開設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介護医療院の開設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許可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。
九	申請者が、第百十四条の六第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による許可の取消しの処分に係る行政手続法第十五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百十三条第二項の規定による廃止の届出をした者（当該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五年を経過しないものであるとき。
十	申請者が、第百十四条の二第一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百十四条の六第一項の規定による許可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十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。）までの間に第百十三条第二項の規定による廃止の届出をした者（当該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五年を経過しないものであるとき。
十一	第九号に規定する期間内に第百十三条第二項の規定による廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員若しくはその開設した介護医療院の管理者又は当該届出に係る第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもの（当該廃止について相当の理由がある者を除く。）の開設した介護医療院の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
十二	申請者が、許可の申請前五年以上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。
十三	申請者が、法人で、その役員等のうちに第四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。
十四	申請者が、第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもので、その事業所を管理する者その他の政令で定める使用人のうちに第四号から第十二号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)前払金等関係
(有料老人ホーム)

(別紙⑤)介護予防サービス事業所向け
介護保険法第115条の2第2項

一	申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
二	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、第百五十五条の四第一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。
三	申請者が、第百五十五条の四第二項に規定する指定介護予防サービス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又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防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。
四	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。
五	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。
五の二	申請者が、労働に関する法律の規定であつ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。
五の三	申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三月以上の期間にわたる、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を引き続き滞納している者であるとき。
六	申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第百五十五条の九第一項又は第百五十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防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、その取消の日から起算して五年を経過しない者(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十五条の規定による通知があつた日以前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五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、指定介護予防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つた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防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介護予防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。
六の二	申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第百五十五条の九第一項又は第百五十五条の三十五第六項の規定により指定(介護予防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、その取消の日から起算して五年を経過しない者(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十五条の規定による通知があつた日以前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五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、指定介護予防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つた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防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介護予防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。
六の三	申請者と密接な関係を有する者が、第百五十五条の九第一項又は第百五十五条の三十五第六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五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防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理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防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介護予防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。
七	申請者が、第百五十五条の九第一項又は第百五十五条の三十五第六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十五条の規定による通知があつ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百五十五条の五第二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五年を経過しないものであるとき。
七の二	申請者が、第百五十五条の七第一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百五十五条の九第一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十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。)までの間に第百五十五条の五第二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五年を経過しないものであるとき。
八	第七号に規定する期間内に第百五十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十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。)の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
九	申請者が、指定の申請前五年以上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。
十	申請者(介護予防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四号から第六号まで又は第七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。
十の二	申請者(介護予防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四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
十一	申請者(介護予防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、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。
十二	申請者(介護予防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、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(標準様式7)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏名	介護支援専門員番号

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)前払金等関係
(有料老人ホーム)

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

夜間対応型訪問介護
サービスマン別()
事業所名()

令和 6 (2024) 年 4 月

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(標準様式1)

(1) 4週
(2) 予定
40 時間/週 30 日
当月の日数
(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数

No	(4) 職種	(5) 勤務形態	(6) 資格	(7) 氏名	(8)																												(9) 1-4週目の勤務時間数合計	(10) 週平均勤務時間数	(11) 業務状況 (業務先/業務する職務の内容)等							
					1週目							2週目							3週目							4週目										5週目						
					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										
月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日								
1																																				0	0					
2																																				0	0					
3																																				0	0					
4																																				0	0					
5																																				0	0					
6																																				0	0					
7																																				0	0					
8																																				0	0					
9																																				0	0					
10																																				0	0					
11																																				0	0					
12																																				0	0					
13																																				0	0					
14																																				0	0					
15																																				0	0					
16																																				0	0					
17																																				0	0					
18																																				0	0					
19																																				0	0					
20																																				0	0					
21																																				0	0					
22																																				0	0					
23																																				0	0					
24																																				0	0					
25																																				0	0					
26																																				0	0					

《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。

No	記号	勤務時間				自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	
1	a			(0:00)		
2	b			(0:00)		
3	c			(0:00)		
4	d			(0:00)		
5	e			(0:00)		
6	f			(0:00)		
7	g			(0:00)		
8	h			(0:00)		
9	i			(0:00)		
10	j			(0:00)		
11	k			(0:00)		
12	l			(0:00)		
13	m			(0:00)		
14	n			(0:00)		
15	o			(0:00)		
16	p			(0:00)		
17	q			(0:00)		
18	r			()	1	
19	s			()	2	
20	t			()	3	
21	u			()	4	
22	v			()	5	
23	w			()	6	
24	x			()	7	
25	y			()	8	
26	z			()	1	
27	x			()	2	
28	aa			()	3	
29	ab			()	4	
30	ac			()	5	
31	ad			()	6	
32	ae			()	7	
33	af			()	8	
34	ag			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
	ah			(0:00)		
35	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
	ai			(0:00)		
36	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：〇〇～○：〇〇」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18～33以外は始業時刻・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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

<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 (夜間対応型訪問介護)



- ・・・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) 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。ただし、ユニットに属する看護職員の場合は、看護職員・介護職員をユニット単位でまとめて記載してください。

No	職種名
1	管理者
2	オペレーター
3	訪問介護員

- (5) 面接相談員に印(○)をつけてください。
- (6) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
 (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。)

- (7) 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)
 複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、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してください。
- (8) 従業者の氏名を記入してください。
- (9) 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、シフト記号を選択または入力してください。)
 ※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。
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 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。

【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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

《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。

No	記号	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		自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	
1	a	9:00	18:00	1:00	9:30	16:30	9:30	16:30	
2	b			0:00			0:00	0:00	7
3	c			0:00			0:00	0:00	0
4	d			0:00			0:00	0:00	0
5	e			0:00			0:00	0:00	0
6	f			0:00			0:00	0:00	0
7	g			0:00			0:00	0:00	0
8	h			0:00			0:00	0:00	0
9	i			0:00			0:00	0:00	0
10	j			0:00			0:00	0:00	0
11	k			0:00			0:00	0:00	0
12	l			0:00			0:00	0:00	0
13	m			0:00			0:00	0:00	0
14	n			0:00			0:00	0:00	0
15	o			0:00			0:00	0:00	0
16	p			0:00			0:00	0:00	0
17	q			0:00			0:00	0:00	0
18	r			0:00			0:00	0:00	0
19	s			0:00			0:00	0:00	0
20	t			0:00			0:00	0:00	0
21	u								1
22	v								2
23	w								3
24	x								4
25	y								3
26	z								5
27	休								0
28	-								
29	-								
30	-								

- ・職種ごとの勤務時間を「〇：〇〇～〇：〇〇」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も構いません。
- ・（介護予防）認知症対応型通所介護における「確保すべき従業者の勤務延長時間数」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注意ください。（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長時間数は、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、確保すべき勤務延長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齐に休憩を取ることがないようには、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。

このような取扱いが、通常の常勤勤務換算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。

<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 (認知症対応型通所介護)

 ……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。**雇用の形態は考慮しません。**(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、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利用ください。
- (14) 生活相談員・看護職員・介護職員の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) 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。
- (16) 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)
- (参考)
- (17) 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。

【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。
(「枚割」⇒「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。

サービス個別（事業所名）
小規模多機能型居宅介護
〇〇サービス

令和 6 年 4 月

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間帯
40 時間/週 当月の日数 人
7.00 20.00 ~ 7.00

(4) 利用者数（通いサービス） (前年度の平均値または推定数)
利用者数の生活時間帯（日中）
夜間及び深夜の時間帯

従業員の仕事の体制及び勤務形態一覧表

(標準様式)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	日中/夜間及び深夜の区分	(10) (職種……)												(11) 当月の勤務時間合計	(12) 運営平均勤務時間	(13) 業務状況(兼務先/兼務する職務の内容)等									
						1 月			2 月			3 月			4 月						5 月								
						1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3				1	2	3						
1					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
2					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
3					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
4					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
5					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
6					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
7					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
8					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
9					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
10					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
11					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
12					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
13					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
14					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
15					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
16					シフト勤務	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
						(14) 運営(上記における該当者のNOを記載)												0	0										
						(15) 運営(上記における該当者のNOを記載)												0	0										
						(16) 日ごとの通いサービスの実利用者数												0	0										
						(17) 介護従業者の日中の勤務時間の合計												0	0										
						(18) 介護従業者の夜間・深夜の勤務時間の合計												0	0										

◀要提出▶

■シフト記号表(勤務時間簿)

※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。

No	記号	勤務時間		日中の時間帯		日中の勤務時間		日中の勤務時間		夜間及び深夜の勤務時間	自由記載欄
		就業時刻	終業時刻	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	うち、休憩時間	勤務時間		
1	a			7:00	20:00						
2	b			7:00	20:00						
3	c			7:00	20:00						
4	d			7:00	20:00						
5	e			7:00	20:00						
6	f			7:00	20:00						
7	g			7:00	20:00						
8	h			7:00	20:00						
9	i			7:00	20:00						
10	j			7:00	20:00						
11	k			7:00	20:00						
12	l			7:00	20:00						
13	m			7:00	20:00						
14	n			7:00	20:00						
15	o			7:00	20:00						
16	p			7:00	20:00						
17	q			7:00	20:00						
18	r									1	
19	s									2	
20	t									3	
21	u									4	
22	v									5	
23	w									6	
24	x									7	
25	y									8	
26	z									1	
27	x									2	
28	aa									3	
29	ab									4	
30	ac									5	
31	ad									6	
32	ae									7	
33	af									8	
34	ag			7:00	20:00						
				7:00	20:00						
				7:00	20:00						
ah				7:00	20:00						
				7:00	20:00						
				7:00	20:00						
ai				7:00	20:00						
				7:00	20:00						

- ・職種ごとの勤務時間を「0:00-0:00」と表記することが困難な場合は、No18~33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18~33以外は就業時刻、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、入力の数値が目的と異なるものがあるので、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。

<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（小規模多機能型居宅介護）

…… 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) 通いサービスの利用者数（前年度の平均値：前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ）を入力してください。
新規又は再開の場合は、推定数を入力してください。

(5) 事業所における日中、夜間及び深夜の時間帯の区分を入力してください。

(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。
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	介護従業者	(正式名称：小規模多機能型居宅介護従事者)
3	介護支援専門員	
4	計画作成担当者	(サテライトの場合に選択)

(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。**雇用の形態は考慮しません。**
 (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。

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、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、シフト記号を選択または入力してください。）
※ 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利用ください。

(14) 宿直の従業者の「No（ナンバー）」（本一覧表におけるNo）を記載してください。入力すると従業者の該当の日付のセルが に色づけされます。

(15) 通いサービスの利用者数を入力してください。

(16) 宿泊サービスの利用者数を入力してください。

(17) 介護従業者の日中の勤務時間の合計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。

(18) 介護従業者の夜間・深夜の勤務時間の合計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。

【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（勤務時間簿）

※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。

No	記号	勤務時間		日中の時間帯		日中の勤務時間		日中の勤務時間		夜間及び深夜の勤務時間	自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	うち、休憩時間	勤務時間		
1	a			7:00	20:00			(0:00)			
2	b	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
3	c	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
4	d	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
5	e	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
6	f	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
7	g	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
8	h	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
9	i	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
10	j	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
11	k	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
12	l	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
13	m	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
14	n	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
15	o	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
16	p	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
17	q	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
18	r								1		
19	s								2		
20	t								3		
21	u								4		
22	v								5		
23	w								6		
24	x								7		
25	y								8		
26	z									1	
27	x									2	
28	aa									3	
29	ab									4	
30	ac									5	
31	ad									6	
32	ae									7	
33	af									8	
34	ag	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			1日に2回勤務する場合
		0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
35	ah	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			1日に2回勤務する場合
		0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			
36	ai	0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			1日に2回勤務する場合
		0:00	7:00	7:00	20:00			(0:00)			

- ・職種ごとの勤務時間を「0：00～0：00」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18～33以外は始業時刻、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、入力の数値が計算されませんが、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。

<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 (認知症対応型共同生活介護)

- …… 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) 利用者数を入力してください。利用者数は、前年度の平均値(前年度の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ。共用型認知症対応型通所介護を実施している場合は、同サービスの利用者を含む。)とします。
新規又は再開の場合は、推定数(共用型認知症対応型通所介護を実施している場合は、同サービスの利用者の推定数を含む。)を入力してください。
- (5) 事業所の共同生活住居(ユニット)数を入力してください。複数の共同生活住居(ユニット)からなる事業所の場合は、本表は共同生活住居(ユニット)ごとに作成してください。
この場合、どの共同生活住居についての記載であるのかわかるようにしてください。(例 1 ユニット目/2 ユニット目)
- (6) 事業所における日中、夜間及び深夜の時間帯の区分を入力してください。
- (7) 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。
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	介護従業者
3	計画作成担当者

- (8) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
(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。)

- (9) 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。
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、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してください。
- (10) 従業者の氏名を記入してください。
- (11) 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、シフト記号を選択または入力してください。)
※ 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。
- (12) 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。
- (13) 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。
- (14) 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。
同一事業所内の業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利用ください。
- (15) 宿直の従業者の「No(ナンバー)」(本一覧表におけるNo)を記載してください。入力すると従業者の該当の日付のセルが に色づけされます。
- (16) 通いサービスの利用者数を入力してください。
- (17) 宿泊サービスの利用者数を入力してください。
- (18) 介護従業者の日中の勤務時間の合計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。
- (19) 介護従業者の夜間・深夜の勤務時間の合計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。

【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。

サービス種別 ()
事業所名 ()

令和 6 (2024) 年 4 月

従業員の職務の体制及び勤務形態一覧表

(標準様式1)

(1) 4週 予定
(2) 時間/週 40 時間/月 160 日 30 日 1人
(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月 30 日
(4) 利用者数 (前年度の平均値または推定数)

Table with columns for employee No., name, grade, position, and a grid for monthly work hours (1-5 weeks).

Calculation formulas for employee counts: ①常勤職員, ②介護職員, ③看護職員と介護職員の合計. Includes formulas for monthly average and total counts.

＜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。

No	記号	勤務時間				自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	
1	a			(0:00)		
2	b			(0:00)		
3	c			(0:00)		
4	d			(0:00)		
5	e			(0:00)		
6	f			(0:00)		
7	g			(0:00)		
8	h			(0:00)		
9	i			(0:00)		
10	j			(0:00)		
11	k			(0:00)		
12	l			(0:00)		
13	m			(0:00)		
14	n			(0:00)		
15	o			(0:00)		
16	p			(0:00)		
17	q			(0:00)		
18	r			()	1	
19	s			()	2	
20	t			()	3	
21	u			()	4	
22	v			()	5	
23	w			()	6	
24	x			()	7	
25	y			()	8	
26	z			()	1	
27	x			()	2	
28	aa			()	3	
29	ab			()	4	
30	ac			()	5	
31	ad			()	6	
32	ae			()	7	
33	af			()	8	
34	ag	7:00	9:30	(0:00)	2.5	
	-	16:30	20:00	(0:00)	3.5	
	-	-	-	(-)	6	1日に2回勤務する場合
35	ah			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
36	ai			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみ
- ・No18～33以外は始業時刻・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
- ・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。

<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（特定施設入居者生活介護）

- ……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。

- 「4週」「暦月」のいずれかを選択してください。
- 「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。）
- 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。
- 利用者数を入力してください。利用者数は、前年度の平均値（前年度の利用者延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ）とします。新規又は再開の場合は、推定数を入力してください。
- 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
6	計画作成担当者

- 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。**雇用の形態は考慮しません。**
 （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。）

- 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。）
複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご確認ください。
※選択した資格及び研修に関して、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してください。
- 従業者の氏名を記入してください。
- 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、シフト記号を選択または入力してください。）
※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。
- 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。
- 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。
- 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利用ください。
- 【任意入力】** 常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
○ 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものと、
1（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(標準様式1)

令和 6 (2024) 年 4 月

サービス提供元 (地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護)
事業所名 (〇〇〇〇)

(1) 4.週
(2) 予定

時間/週 160

当月の日数 30

人

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数

(4) 入所者数 (利用者数) (前年度の平均値または推定値)

Main table with columns for employee No, name, position, and a grid for days of the month (1-30) across weeks 1-5. Includes a summary row at the bottom for total hours and employee counts.

(13)【住居入居】人員基準の確認(看護職員・介護職員)

①看護職員 勤務時間数合計表. Table with columns for employee type (A-D), total hours, and average hours per employee.

■常勤換算方法による人数
常勤換算の対象時間数(週平均) ÷ 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
0 ÷ 40 = 0.0
(小数点第2位以下切り捨て)

②介護職員 勤務時間数合計表. Table with columns for employee type (A-D), total hours, and average hours per employee.

■常勤換算方法による人数
常勤換算の対象時間数(週平均) ÷ 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
0 ÷ 40 = 0.0
(小数点第2位以下切り捨て)

③看護職員と介護職員の合計

看護職員 0.0人 + 介護職員 0.0人 = 合計 0.0人

勤務形態の記号表. Legend for employee types: A (常勤専従), B (常勤専従), C (非常勤専従), D (非常勤専従).

《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。

No	記号	勤務時間				自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	
1	a			(0:00)		
2	b			(0:00)		
3	c			(0:00)		
4	d			(0:00)		
5	e			(0:00)		
6	f			(0:00)		
7	g			(0:00)		
8	h			(0:00)		
9	i			(0:00)		
10	j			(0:00)		
11	k			(0:00)		
12	l			(0:00)		
13	m			(0:00)		
14	n			(0:00)		
15	o			(0:00)		
16	p			(0:00)		
17	q			(0:00)		
18	r			()	1	
19	s			()	2	
20	t			()	3	
21	u			()	4	
22	v			()	5	
23	w			()	6	
24	x			()	7	
25	y			()	8	
26	z			()	1	
27	x			()	2	
28	aa			()	3	
29	ab			()	4	
30	ac			()	5	
31	ad			()	6	
32	ae			()	7	
33	af			()	8	
34	ag	7:00	9:30	(0:00)	2.5	
	-	16:30	20:00	(0:00)	3.5	
	-	-	-	(-)	6	1日に2回勤務する場合
35	ah			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
36	ai			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみ
- ・No18～33以外は始業時刻・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
- ・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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

<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 (【従来型】指定介護老人福祉施設・短期入所生活介護)

- ・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) 入所者数(利用者数)を入力してください。入所者数(利用者数)は、前年度の平均値(前年度の入所者(利用者)延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ)とします。新規又は再開の場合は、推定数を入力してください。
- (5) 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	医師
3	生活相談員
4	看護職員
5	介護職員
6	栄養士
7	機能訓練指導員
8	介護支援専門員

- (6) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
(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。)

- (7) 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。)
複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、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してください。

- (8) 従業者の氏名を記入してください。

- (9) 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、シフト記号を選択または入力してください。)
※ 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。

- (10) 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。

- (11) 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。

- (12) 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。

- (13) **【任意入力】 常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。**
 - 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A:常勤で専従」及び「B:常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
 - 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1(人)として入力してください。また、「(1)業務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。
(「[期間]」⇒「シートの保護の解除」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、各施設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。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(標準様式1)

令和 6 (2024) 年 4 月

サービスマニュアル (指定介護老人福祉施設 (ユニット型))
事業所名 (OOOO)

(1) 4週
予定
(2) 160 時間/週
30 日
人

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数
40 時間/週
当月の日数

(4) 入所者数 (利用者数) (前年度の平均値または推定数)

Table with columns for employee ID, name, position, and a grid for monthly attendance (1st to 5th week, days 1-28). Includes a summary row for total hours and average hours.

(15) 【任意入力】人員基準の確保 (看護職員・介護職員)

① 看護職員 勤務時間数合計

Table for nursing staff calculation: 勤務形態 (A-D), 当月合計, 選平均, 常勤の従業員の数.

■ 常勤換算方法による人数
常勤換算の従業員が選に勤務すべき時間数
0 / 40 = 0.0
常勤換算後の人数

■ 看護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の常勤の従業員の人数
0 + 0.0 = 0.0
合計

② 介護職員 勤務時間数合計

Table for care staff calculation: 勤務形態 (A-D), 当月合計, 選平均, 常勤の従業員の数.

■ 常勤換算方法による人数
常勤の従業員が選に勤務すべき時間数
0 / 40 = 0.0
常勤換算後の人数

■ 介護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の常勤の従業員の人数
0 + 0.0 = 0.0
合計

③ 看護職員と介護職員の合計

Summary table for nursing and care staff: 看護職員 (0.0人), 介護職員 (0.0人), 合計 (0.0人).

■ 常勤換算方法による人数
常勤換算後の人数
0.0 + 0.0 = 0.0
合計

■ 看護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の常勤の従業員の人数
0.0 + 0.0 = 0.0
合計

Table for shift status: 勤務形態の記号 (A-D) and 区分 (常勤/非常勤).

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等 (有料老人ホーム)

前払金等関係 (有料老人ホーム)

《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。

No	記号	勤務時間				自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	
1	a			(0:00)		
2	b			(0:00)		
3	c			(0:00)		
4	d			(0:00)		
5	e			(0:00)		
6	f			(0:00)		
7	g			(0:00)		
8	h			(0:00)		
9	i			(0:00)		
10	j			(0:00)		
11	k			(0:00)		
12	l			(0:00)		
13	m			(0:00)		
14	n			(0:00)		
15	o			(0:00)		
16	p			(0:00)		
17	q			(0:00)		
18	r			()	1	
19	s			()	2	
20	t			()	3	
21	u			()	4	
22	v			()	5	
23	w			()	6	
24	x			()	7	
25	y			()	8	
26	z			()	1	
27	x			()	2	
28	aa			()	3	
29	ab			()	4	
30	ac			()	5	
31	ad			()	6	
32	ae			()	7	
33	af			()	8	
34	ag	7:00	9:30	(0:00)	2.5	
	-	16:30	20:00	(0:00)	3.5	
	-	-	-	(-)	6	1日に2回勤務する場合
35	ah			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
36	ai			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：○○～○：○○」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみ
- ・No18～33以外は始業時刻・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
- ・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。

<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（【ユニット型】指定介護老人福祉施設・短期入所生活介護）

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。

- 「4週」「暦月」のいずれかを選択してください。
- 「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。）
- 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。
- 入所者数（利用者数）を入力してください。入所者数（利用者数）は、前年度の平均値（前年度の入所者（利用者）延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ）とします。新規又は再開の場合は、推定数を入力してください。
- ユニットリーダーに以下の印をつけてください。
 ユニットケアリーダー研修を受講した従業者（以下、「研修受講者」）・・・◎
 研修受講者ではない、ユニットにおけるケアに責任を持つ従業者・・・○
- ユニットに属する従業者（看護職員・介護職員）については、その属するユニット名を入力してください。
 記入の順序はユニットごとにまとめてください。また、夜勤時間帯に、2ユニットごとに1人以上の看護職員・介護職員を配置する場合は、原則、そのユニットを並べて記載してください。
 なお、夜勤時間帯に2ユニットを担当する従業者は、通常主に担当するユニット名を入力してください。
- 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。ただし、ユニットに属する看護職員の場合は、看護職員・介護職員をユニット単位でまとめて記載してください。

No	職種名
1	管理者
2	医師
3	生活相談員
4	看護職員
5	介護職員
6	栄養士
7	機能訓練指導員
8	介護支援専門員

- 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。**雇用の形態は考慮しません。**
 （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。）

- 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。）
 複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、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してください。
※ユニットケアリーダー研修を受講した従業者については、必要に応じて、ユニットケアリーダー研修修了証の写しを添付資料として提出してください。
- 従業者の氏名を記入してください。
- 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、シフト記号を選択または入力してください。）
 ※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。
- 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上限とします。
- 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。
- 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。
- 【任意入力】常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
 ○常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
 したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
 ○職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、
 1（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「〔11〕業務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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あり、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、各施設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。

No	記号	勤務時間				自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	
1	a			(0:00)		
2	b			(0:00)		
3	c			(0:00)		
4	d			(0:00)		
5	e			(0:00)		
6	f			(0:00)		
7	g			(0:00)		
8	h			(0:00)		
9	i			(0:00)		
10	j			(0:00)		
11	k			(0:00)		
12	l			(0:00)		
13	m			(0:00)		
14	n			(0:00)		
15	o			(0:00)		
16	p			(0:00)		
17	q			(0:00)		
18	r			()	1	
19	s			()	2	
20	t			()	3	
21	u			()	4	
22	v			()	5	
23	w			()	6	
24	x			()	7	
25	y			()	8	
26	z			()	1	
27	x			()	2	
28	aa			()	3	
29	ab			()	4	
30	ac			()	5	
31	ad			()	6	
32	ae			()	7	
33	af			()	8	
34	ag			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
35	ah			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合
36	ai			(0:00)		
	-			(0:00)		
	-	-	-	(-)		1日に2回勤務する場合

- ・職種ごとの勤務時間を「○：〇〇～○：〇〇」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- ・No18～33以外は始業時刻・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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

<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 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

- ・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) 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。ただし、ユニットに属する看護職員の場合は、看護職員・介護職員をユニット単位でまとめて記載してください。

No	職種名
1	管理者
2	オペレーター
3	訪問介護員
4	看護職員
5	理学療法士
6	作業療法士
7	言語聴覚士
8	計画作成責任者

- (5) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
 (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。)

- (6) 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。)
 複数の資格を保有する従業者については、当該事業所にて従事する業務に最も関連する資格1つを選択してください。人員基準上、求められている資格等は必ずご記入ください。
※選択した資格及び研修に関して、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してください。
- (7) 従業者の氏名を記入してください。
- (8) 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、シフト記号を選択または入力してください。)
 ※ 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。
- (9) 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上限とします。
- (10) 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。
- (11) 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利用ください。
- (12) 【任意入力】常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を確認・入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
 ○ 常勤換算方法は、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延長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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
 したがって、勤務形態「A:常勤で専従」及び「B:常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
 ○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1(人)として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。(「印刷」⇒「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(勤務時間簿)

■シフト記号表(勤務時間簿)
休業時刻は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

※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。

No	記号	勤務時間		日中の時間帯		日中の勤務時間		日中の勤務時間		夜間及び深夜の勤務時間	自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	うち、休憩時間	勤務時間		
1	a			7:00	20:00			0:00			
2	b			7:00	20:00			0:00			
3	c			7:00	20:00			0:00			
4	d			7:00	20:00			0:00			
5	e			7:00	20:00			0:00			
6	f			7:00	20:00			0:00			
7	g			7:00	20:00			0:00			
8	h			7:00	20:00			0:00			
9	i			7:00	20:00			0:00			
10	j			7:00	20:00			0:00			
11	k			7:00	20:00			0:00			
12	l			7:00	20:00			0:00			
13	m			7:00	20:00			0:00			
14	n			7:00	20:00			0:00			
15	o			7:00	20:00			0:00			
16	p			7:00	20:00			0:00			
17	q			7:00	20:00			0:00			
18	r								1		
19	s								2		
20	t								3		
21	u								4		
22	v								5		
23	w								6		
24	x								7		
25	y								8		
26	z									1	
27	x									2	
28	aa									3	
29	ab									4	
30	ac									5	
31	ad									6	
32	ae									7	
33	af									8	
34	ag			7:00	20:00			0:00			
				7:00	20:00			0:00			1日に2回勤務する場合
35	ah			7:00	20:00			0:00			
				7:00	20:00			0:00			1日に2回勤務する場合
36	ai			7:00	20:00			0:00			
				7:00	20:00			0:00			1日に2回勤務する場合

・職種ごとの勤務時間を「0:00-0:00」と表記することが困難な場合は、No18～33を活用し、勤務時間数のみを入力してください。

・No18～33以外は始業時刻、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、入力の数値が目的と異なるものが入力されている場合は、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も構いません。

<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（看護小規模多機能型居宅介護）

…… 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) 通いサービスの利用者数（前年度の平均値：前年度の全利用者等の延数を当該前年度の日数で除して得た数。小数点第2位以下を切り上げ）を入力してください。
新規又は再開の場合は、推定数を入力してください。
- (5) 事業所における日中、夜間及び深夜の時間帯の区分を入力してください。
- (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。
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	介護従業者	(正式名称：看護小規模多機能型居宅介護従事者)
3	看護職員	(介護従業者のうち、保健師、看護師又は准看護師は、看護職員とします。)
4	介護支援専門員	
5	計画作成担当者	(サテライトの場合に選択)

- (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。雇用の形態は考慮しません。
(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。
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、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、シフト記号を選択または入力してください。）
※ 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利用ください。
- (14) 宿直の従業者の「No（ナンバー）」（本一覧表におけるNo）を記載してください。入力すると従業者の該当の日付のセルが に色づけされます。
- (15) 通いサービスの利用者数を入力してください。
- (16) 宿泊サービスの利用者数を入力してください。
- (17) 介護従業者（看護職員を含む）の日中の勤務時間の合計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。
- (18) 看護職員の日中の勤務時間の合計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。
- (19) 介護従業者（看護職員を含む）の夜間・深夜の勤務時間の合計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。

【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。

No	記号	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		自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	
1	a	9:00	18:00	9:30	16:30	9:30	16:30	
2	b							7
3	c							0
4	d							0
5	e							0
6	f							0
7	g							0
8	h							0
9	i							0
10	j							0
11	k							0
12	l							0
13	m							0
14	n							0
15	o							0
16	p							0
17	q							0
18	r							0
19	s							0
20	t							0
21	u							1
22	v							2
23	w							3
24	x							4
25	y							3
26	z							5
27	休							0
28	-							
29	-							
30	-							

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

- ・ 職種ごとの勤務時間を「〇：〇〇～〇：〇〇」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。
- ・ 地域密着型通所介護における「確保すべき従業者の勤務延長時間」には、「最低限確保すべきと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注意ください。（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長時間は、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、確保すべき勤務延長時間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齐に休憩を取ることがないようには、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。

このような取扱いが、通常の常勤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。

<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（地域密着型通所介護）

- …… 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。**雇用の形態は考慮しません。**
 （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、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利用ください。
- (14) 生活相談員・看護職員・介護職員の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) 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。
- (16) 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）
- (17) 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。）
（注）利用定員が10人以下の場合は、「確保すべき看護職員及び介護職員の勤務時間数」

（参考）

- (18) 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。

【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》

■ソフト記号表（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。

No	記号	勤務時間		勤務時間		サービス提供時間内の勤務時間		勤務時間	自由記載欄	
		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			うち、休憩時間	勤務時間
1	a	9:00	18:00	1:00	8	9:30	16:30	1:00	6	
2	b			0:00	0			0:00	0	
3	c			0:00	0			0:00	0	
4	d			0:00	0			0:00	0	
5	e			0:00	0			0:00	0	
6	f			0:00	0			0:00	0	
7	g			0:00	0			0:00	0	
8	h			0:00	0			0:00	0	
9	i			0:00	0			0:00	0	
10	j			0:00	0			0:00	0	
11	k			0:00	0			0:00	0	
12	l			0:00	0			0:00	0	
13	m			0:00	0			0:00	0	
14	n			0:00	0			0:00	0	
15	o			0:00	0			0:00	0	
16	p			0:00	0			0:00	0	
17	q			0:00	0			0:00	0	
18	r			0:00	0			0:00	0	
19	s			0:00	0			0:00	0	
20	t			0:00	0			0:00	0	
21	u				1				1	
22	v				2				2	
23	w				3				3	
24	x				4				4	
25	y				4				3	
26	z				5				5	
27	休				0				0	休日
28	-									
29	-									
30	-									

- ・職種ごとの勤務時間を「〇:〇〇~〇:〇〇」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。
- ・ソフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- ・ソフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいて構いません。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

<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 (療養通所介護)

- ・・・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。
- (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	看護職員
3	介護職員

- (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。**雇用の形態は考慮しません。**
(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、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利用ください。
- (14) 看護職員・介護職員の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) 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。
- (16) 利用者の数1.5に対し、提供時間帯を通じて専従で確保すべき看護職員・介護職員の員数が自動計算されます。(14)を入力しないと計算されません。)

【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。
(「枚間」⇒「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。

令和 6 年 4 月

サービス選別 () 居宅介護支援 ()

事業所名 ()

(1) 4週
 (2) 予定
 160 時間/週
 100 人
 30 日

(3)事業所に於ける常勤の従業員が勤務すべき時間数 40 時間/週
 (4)利用者数(新規の場合は推定数) 当日の人数

No	(5) 職種	(6) 勤務形態	(7) 資格	(8) 氏名	(9)																												(11) 週平均勤務時間数	(12) 業務状況(業務先/業務する業務の内容)等				
					1週目							2週目							3週目							4週目									(10)1~4週目の勤務時間数合計			
					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						
1	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0	
2																																			0	0		
3																																		0	0			
4																																		0	0			
5																																		0	0			
6																																		0	0			
7																																		0	0			
8																																		0	0			
9																																		0	0			
10																																		0	0			
11																																		0	0			
12																																		0	0			
13																																		0	0			
14																																		0	0			
15																																		0	0			
16																																		0	0			
17																																		0	0			
18																																		0	0			

(勤務形態の記号)

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

常勤換算方法対象外の
常勤の従業員の数

A	0
B	0
C	0
D	0
合計	0

(13)【注意入力】人員基準の確保(介護支援専門員(居宅介護支援))

勤務形態別 勤務時間数合計

勤務形態	当月合計	週平均
A	0	0
B	0	0
C	0	0
D	0	0
合計	0	0

■ 常勤換算方法による人数 基準：週

常勤換算の
対象時間数(週平均) + 常勤の従業員が週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数

0 + 40 = 0.0
(小数点第2位以下切り捨て)

■ 介護支援専門員の常勤換算方法による人数

常勤換算方法対象外の
常勤の従業員の数 + 常勤換算方法による人数 = 合計

0 + 0.0 = 0.0人

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
 (有料老人ホーム)

前払金等関係
 (有料老人ホーム)

<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 (居宅介護支援)

- ・・・・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) 利用者の数(新規・再開の場合は推定数)を入力してください。
- (5) 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	介護支援専門員
3	介護予防支援担当職員

- (6) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
(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。)

- (7) 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、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してください。
- (8) 従業者の氏名を記入してください。
- (9) 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。
※ 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。
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 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・施設名称、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利用ください。
- (13) 【任意入力】 常勤換算による配置が求められる職種について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
○ 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A:常勤で専従」及び「B:常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1(人)として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

（標準様式2）

管理者経歴書

事業所又は施設の名称			
カナ		生年月日	年 月 日
氏名			
主な職歴等			
年 月	～	年 月	職務内容
別添	<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修修了証の写 <input type="checkbox"/> 保健師又は看護師免許の写		

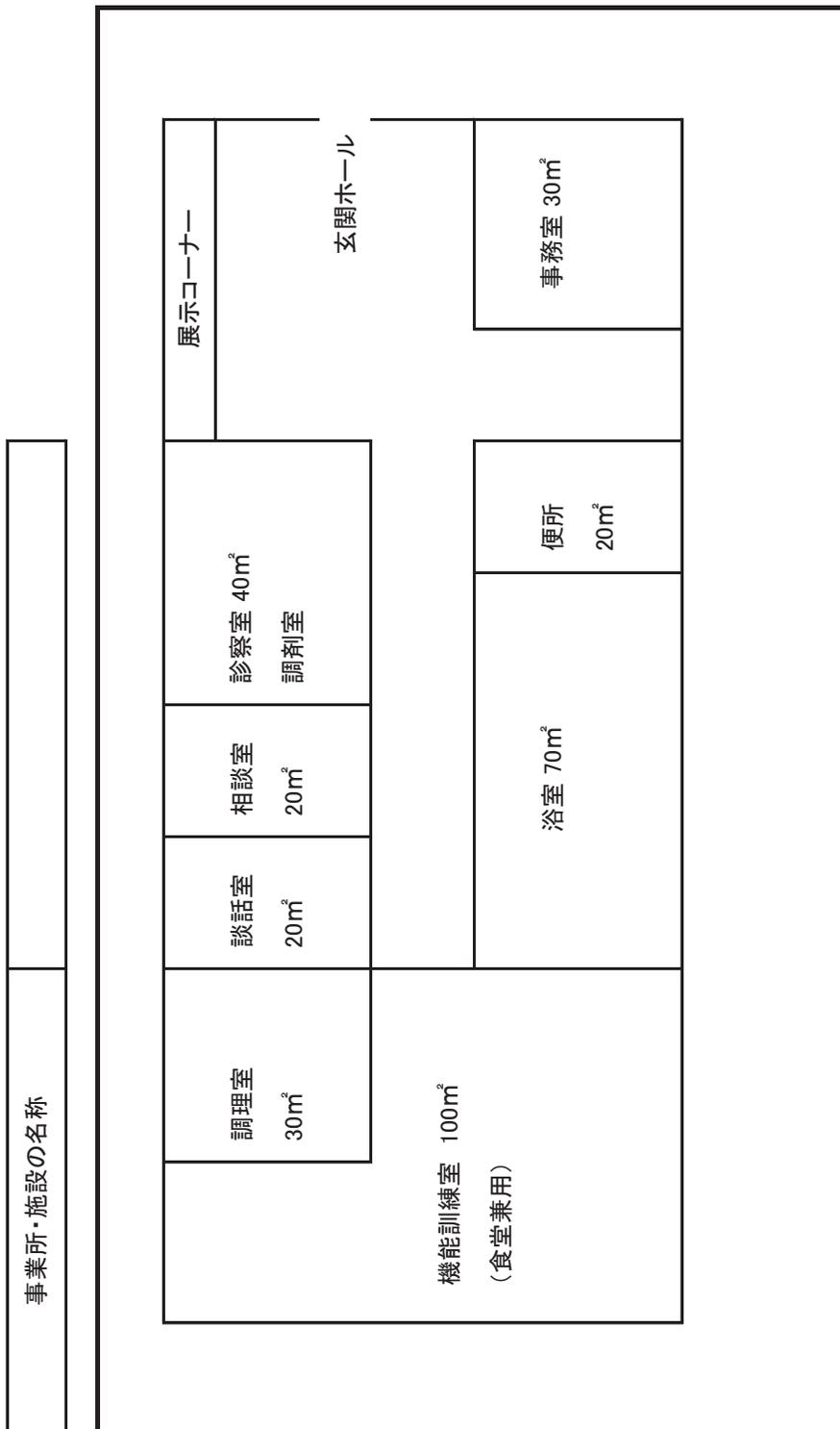
備考 「主な職歴等」には、管理者の要件を満たすことが分かる職歴等について記載ください。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
（有料老人ホーム）前払金等関係
（有料老人ホーム）

(標準様式3)

平面図



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易く表示してください。

(標準様式4)

設備等一覧表

サービス種類 ()
事業所名・施設名 ()

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
	(例)消火設備その他非常災害に際して必要な設備	

備考

- 1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
- 2 「設備の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」等を記入して提出する形とすることを推奨します。

(標準様式5)

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。

(標準様式6)

誓約書

年 月 日

〇〇 市(町・村)長 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

別紙①: 地域密着型サービス事業所向け
別紙②: 居宅介護支援事業所向け
別紙③: 地域密着型介護予防サービス事業所向け
別紙④: 介護予防支援事業所向け

(該当に○)

(別紙①) 地域密着型サービス事業所向け
介護保険法第78条の2第4項

一	申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
二	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、第七十八条の四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
三	申請者が、第七十八条の四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型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。
四	当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長(以下この条において「所在地市町村長」という。)の同意を得ていないとき。
四の二	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。
五	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。
五の二	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。
五の三	申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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全てを引き続き滞納している者であるとき。
六	申請者(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又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定(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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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五年を経過しない者(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十五条の規定による通知があった日以前六十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五年を経過しないものを含む。)であり、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以前六十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五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、指定地域密着型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理由となった事実及び当該事業の発生を防止するための当該指定地域密着型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その他の当該事業に関して当該指定地域密着型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。
六の二	申請者(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又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定(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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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五年を経過しない者(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十五条の規定による通知があった日以前六十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五年を経過しないものを含む。)であり、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以前六十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五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、指定地域密着型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理由となった事実及び当該事業の発生を防止するための当該指定地域密着型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その他の当該事業に関して当該指定地域密着型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。
六の三	申請者と密接な関係を有する者(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者と密接な関係を有する者を除く。)が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)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五年を経過しないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型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理由となった事実及び当該事業の発生を防止するための当該指定地域密着型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その他の当該事業に関して当該指定地域密着型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。
七	申請者が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五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七十八条の五第二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。)又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであると前号に規定する期間内に第七十八条の五第二項の規定による事業の廃止の届出又は第七十八条の八の規定による指定の辞退があった場合において、申請者が、同号の通知の日以前六十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。)の役員等若しく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又は当該指定の辞退に係る法人(当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。)の役員等若しくは当該指定の辞退に係る法人でない事業所(当該指定の辞退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、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
七の二	申請者(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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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四号の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
八	申請者(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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
九	申請者(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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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、その管理者が第四号の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
十	申請者(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又は地域密着型介護老人福祉施設入所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、その管理者が第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(別紙②): 居宅介護支援事業所向け)
介護保険法第79条第2項

一	申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
二	当該申請に係る事業所の介護支援専門員の人員が、第八十一条第一項の市町村の条例で定める員数を満たしていないとき。
三	申請者が、第八十一条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な居宅介護支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
三の二	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。
四	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。
四の二	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。
四の三	申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。
五	申請者が、第八十四条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(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、当該取消の処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消の日から起算して五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、指定居宅介護支援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介護支援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介護支援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。
五の二	申請者と密接な関係を有する者が、第八十四条第一項又は第一百五十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消し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介護支援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介護支援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。
六	申請者が、第八十四条第一項又は第一百五十五条の三十五第六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十五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しないことを決定する日までの間に第八十二条第二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五年を経過しないものであるとき。
六の二	申請者が、第八十三条第一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八十四条第一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から厚生労働省令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十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。)までの間に第八十二条第二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五年を経過しないものであるとき。
六の三	第六号に規定する期間内に第八十二条第二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、同号の通知の日前六十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五年を経過しないものであるとき。
七	申請者が、指定の申請前五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。
八	申請者が、法人で、その役員等のうちに第三号の二から第五号まで又は第六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。
九	申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第三号の二から第五号まで又は第六号から第七号までのいずれかに該当する者であるとき。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)前払金等関係
(有料老人ホーム)

(別紙③)地域密着型介護予防サービス事業所向け
介護保険法第115条の12第2項

一	申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
二	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、第百十五條の十四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
三	申請者が、第百十五條の十四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型介護予防サービス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又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型介護予防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。
四	当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であつて、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。
四の二	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。
五	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。
五の二	申請者が、労働に関する法律の規定であつ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。
五の三	申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。
六	申請者(介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第百十五條の十九(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定(介護予防認知症対応型共同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五年を経過しない者(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十五條の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五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、指定地域密着型介護予防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理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型介護予防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地域密着型介護予防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。
六の二	申請者(介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第百十五條の十九(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定(介護予防認知症対応型共同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五年を経過しない者(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十五條の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五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、指定地域密着型介護予防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理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型介護予防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地域密着型介護予防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。
六の三	申請者と密接な関係を有する者が、第百十五條の十九(第二号から第五号までを除く。)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五年を経過していないとき、ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型介護予防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理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型介護予防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地域密着型介護予防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。
七	申請者が、第百十五條の十九(第二号から第五号までを除く。)の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分しないことを決定する日までの間に第百十五條の十五第二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五年を経過しないものであるとき。
七の二	前号に規定する期間内に第百十五條の十五第二項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十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。)の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
八	申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
九	申請者(介護予防認知症対応型共同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四号の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
十	申請者(介護予防認知症対応型共同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四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
十一	申請者(介護予防認知症対応型共同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、その管理者が第四号の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
十二	申請者(介護予防認知症対応型共同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、その管理者が第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

(別紙④): 介護予防支援事業所向け)
介護保険法第115条の22第2項

一	申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
二	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、第百十五條の二十四第一項の市町村の条例で定める基準及び同項の市町村の条例で定める員数を満たしていないとき。
三	申請者が、第百十五條の二十四第二項に規定する指定介護予防支援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又は指定介護予防支援の事業の運営に関する基準に従って適正な介護予防支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
三の二	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。
四	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。
四の二	申請者が、労働に関する法律の規定であつ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。
四の三	申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた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三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を引き続き滞納している者であるとき。
五	申請者が、第百十五條の二十九の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(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十五條の規定による通知があつた日以前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五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、当該通知があつた日以前六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五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、指定介護予防支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防支援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介護予防支援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。
五の二	申請者と密接な関係を有する者が、第百十五條の二十九の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防支援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介護予防支援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。
六	申請者が、第百十五條の二十九の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があつ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百十五條の二十五第二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五年を経過しないものであるとき。
六の二	申請者が、第百十五條の二十七第一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百十五條の二十九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市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十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。)/までの間に第百十五條の二十五第二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五年を経過しないものであるとき。
六の三	第六号に規定する期間内に第百十五條の二十五第二項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十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。)/の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
七	申請者が、指定の申請前五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。
八	申請者が、法人で、その役員等のうちに第三号の二から第五号まで又は第六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。
九	申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第三号の二から第五号まで又は第六号から第七号までのいずれかに該当する者であるとき。

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)前払金等関係
(有料老人ホーム)

(標準様式 7)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏 名	介護支援専門員番号

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

＜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 (訪問型サービス)

 ・・・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。

・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) 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	サービス提供責任者
3	訪問介護員

※介護予防訪問介護相当サービスの場合、サービス提供責任者は介護訪問員から選任しますが、この場合は「サービス提供責任者」として1行にまとめて記入してください。

- (5) 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。**雇用の形態は考慮しません。**
 (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。)

- (6) 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、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してください。
- (7) 従業者の氏名を記入してください。
- (8) 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。
※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。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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、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。
- (12) 前3か月の利用者数をそれぞれの欄に入力してください。新規または再開の場合は、推定数とします。

- (13) 【任意入力】訪問介護員について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。
 - 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「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で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。
したがって、勤務形態「A:常勤で専従」及び「B:常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。
 - 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1(常勤)として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1(人)として入力してください。また、「[1]兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【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。

No	記号	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		自由記載欄		
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻		終了時刻	勤務時間
1	a	9:00	18:00	1:00	9:30	16:30	9:30	16:30	7	
2	b			0:00			0:00	0:00	0	
3	c			0:00			0:00	0:00	0	
4	d			0:00			0:00	0:00	0	
5	e			0:00			0:00	0:00	0	
6	f			0:00			0:00	0:00	0	
7	g			0:00			0:00	0:00	0	
8	h			0:00			0:00	0:00	0	
9	i			0:00			0:00	0:00	0	
10	j			0:00			0:00	0:00	0	
11	k			0:00			0:00	0:00	0	
12	l			0:00			0:00	0:00	0	
13	m			0:00			0:00	0:00	0	
14	n			0:00			0:00	0:00	0	
15	o			0:00			0:00	0:00	0	
16	p			0:00			0:00	0:00	0	
17	q			0:00			0:00	0:00	0	
18	r			0:00			0:00	0:00	0	
19	s			0:00			0:00	0:00	0	
20	t			0:00			0:00	0:00	0	
21	u								1	
22	v								2	
23	w								3	
24	x								4	
25	y								3	
26	z								5	
27	休								0	休日
28	-									
29	-									
30	-									

（有料老人ホーム）
前払金等関係

（有料老人ホーム）
設置運営標準指針等

指定に関する事務処理関係

- ・職種ごとの勤務時間を「〇：〇〇～〇：〇〇」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。
- ・介護予防通所介護相当サービスにおける「確保すべき従業者の勤務延長時間数」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注意ください。（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長時間数は、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、確保すべき勤務延長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齐に休憩を取ることがないようには、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。

<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 (通所型サービス)

- …… 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。**雇用の形態は考慮しません。**(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、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利用ください。
- (14) 介護予防通所介護相当サービスの場合の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) 介護予防通所介護相当サービスの場合の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。(「[状況]⇒「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。

No	記号	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			自由記載欄	
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻		勤務時間
1	a	9:00	18:00	1:00	9:30	16:30	9:30	16:30	7	
2	b			0:00			0:00	0:00	0	
3	c			0:00			0:00	0:00	0	
4	d			0:00			0:00	0:00	0	
5	e			0:00			0:00	0:00	0	
6	f			0:00			0:00	0:00	0	
7	g			0:00			0:00	0:00	0	
8	h			0:00			0:00	0:00	0	
9	i			0:00			0:00	0:00	0	
10	j			0:00			0:00	0:00	0	
11	k			0:00			0:00	0:00	0	
12	l			0:00			0:00	0:00	0	
13	m			0:00			0:00	0:00	0	
14	n			0:00			0:00	0:00	0	
15	o			0:00			0:00	0:00	0	
16	p			0:00			0:00	0:00	0	
17	q			0:00			0:00	0:00	0	
18	r			0:00			0:00	0:00	0	
19	s			0:00			0:00	0:00	0	
20	t			0:00			0:00	0:00	0	
21	u								1	
22	v								2	
23	w								3	
24	x								4	
25	y								3	
26	z								5	
27	休								0	休日
28	-									
29	-									
30	-									

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

- ・職種ごとの勤務時間を「〇：〇〇～〇：〇〇」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。
- ・介護予防通所介護相当サービスにおける「確保すべき従業者の勤務延長時間数」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注意ください。（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長時間数は、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、確保すべき勤務延長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齐に休憩を取ることがないようには、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。

《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。

No	記号	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		自由記載欄
		始業時刻	終業時刻	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻	
1	a	9:00	18:00	9:30	16:30	9:30	16:30	
2	b							
3	c							
4	d							
5	e							
6	f							
7	g							
8	h							
9	i							
10	j							
11	k							
12	l							
13	m							
14	n							
15	o							
16	p							
17	q							
18	r							
19	s							
20	t							
21	u							
22	v							
23	w							
24	x							
25	y							
26	z							
27	休							休日
28	-							
29	-							
30	-							

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

- ・ 職種ごとの勤務時間を「〇：〇〇～〇：〇〇」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も構いません。
- ・ 介護予防通所介護相当サービスにおける「確保すべき従業者の勤務延長時間数」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注意ください。（上記「U」列）

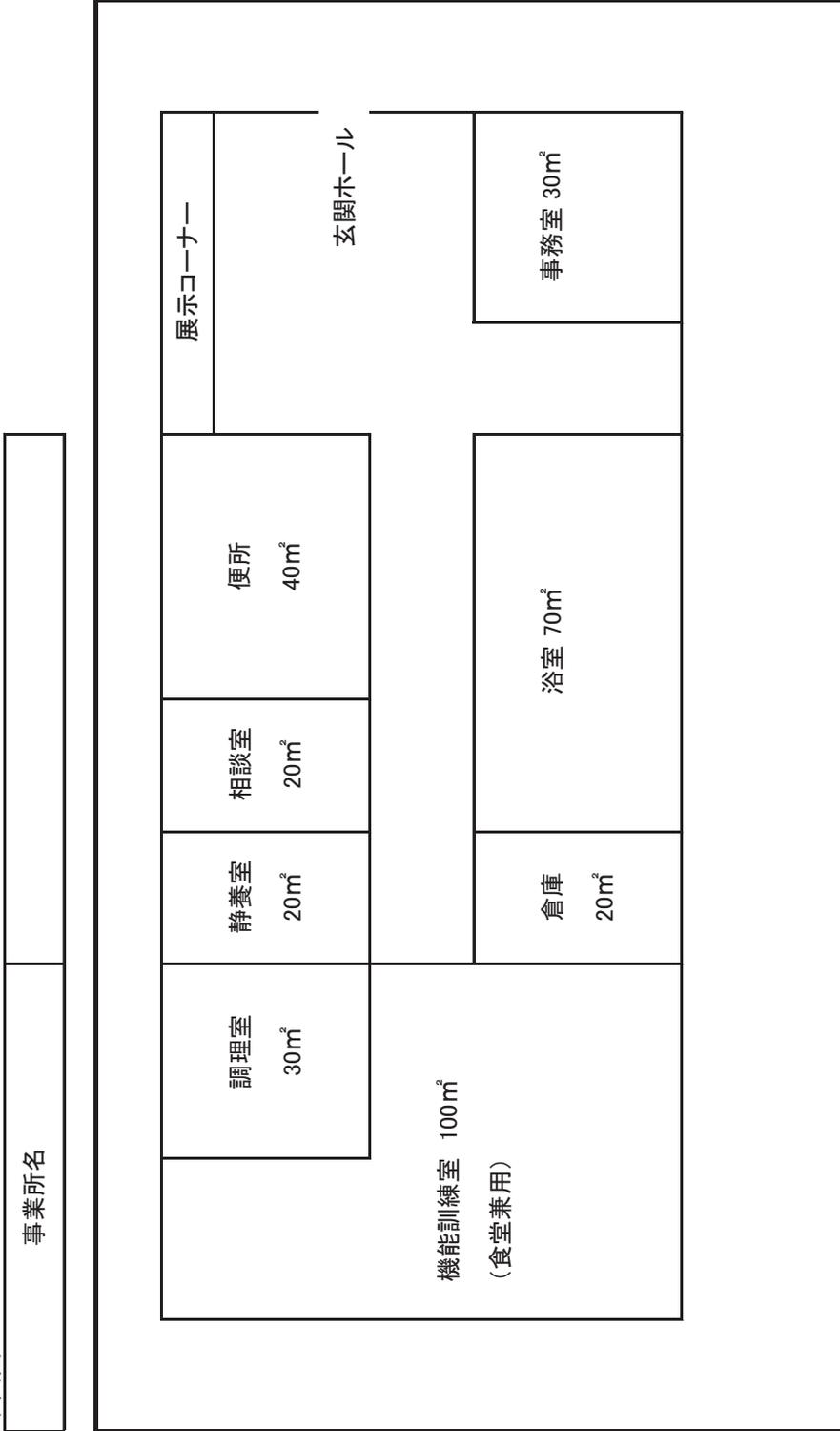
平成24年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) (平成24年3月16日)

問63 通所介護において、確保すべき従業者の勤務延長時間数は、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、確保すべき勤務延長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、介護職員以外で利用者が同一時間帯に一齐に休憩を取ることがないようには、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。

このような取扱いが、通常の常勤勤務換算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。

(標準様式2)
平面図

- 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易く表示してください。

（標準様式4）

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	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。

(標準様式5)

誓約書

年 月 日

殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が、介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準(平成11年厚生省令第36号 介護保険法施行規則第140条の63の6)に従って適正に第一号事業を行うことができないと認められるものに該当しないことを誓います。

記

【介護保険法施行規則第140条の63の6】

(法第115条の45の5第2項の厚生労働省令で定める基準)

法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第一号事業(第一号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準
- イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成27年厚生労働省令第4号)附則第2条第3号若しくは第4条第3号の規定によりなおその効力を有するものとされた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。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援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37号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準
- ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス(旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。)に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準
- ハ 平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定する離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成26年改正前法第54条第1項第3号又は法第59条第1項第2号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準
- ニ 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

介護保険法施行規則の規定に基づき 厚生労働大臣が定める様式について

(令和6年3月25日 厚生労働省老健局高齢者支援課／認知症施策・地域介護推進課／老人保健課 事務連絡)

介護サービス事業者等が都道府県知事又は市町村長に対して行う指定の申請や変更の届出等（以下「指定申請等」という。）の手續については、社会保障審議会介護保険部会介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会等での議論を踏まえ、介護保険法施行規則の一部を改正する省令（令和5年厚生労働省令第46号）による改正後の介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）において、厚生労働大臣が定める様式により行うものとされました。

この厚生労働大臣が定める様式については、介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式（令和5年12月19日厚生労働省告示第331号）によりお示ししていたところですが、令和6年度介護報酬改定の議論を踏まえ、今般、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示（令和6年3月15日厚生労働省告示第86号）において、厚生労働大臣が定める様式の改正を行いましたので、下記内容をご確認の上で、指定申請等の際の様式としていただくようお願いいたします。

なお、令和6年9月30日までの間、改正前の様式は、改正後の様式に代えて使用することができることを申し添えます。

記

1. 施行期日

令和6年4月1日

- ※付表第一号（三）、（十六）及び（十七）の改正については、令和6年6月1日
- 2. 経過措置期限
令和6年9月30日
- 3. 介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式名等
【別紙1】〔略〕のとおり。
- 4. 様式に関する留意事項
【別紙1】の厚生労働大臣が定める様式は、変更を加えずに使用ください。
なお、【別紙2】〔略〕の標準様式は、改正を行っていないことを申し添えます。
各種申請等に必要な書類は、ホームページにてチェックリストをお示ししております。
- 5. 様式の掲載場所
厚生労働省ホームページ「指定申請等のウェブ入力・電子申請について」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-shinsei.html>
- 6. 「電子申請・届出システム」への反映時期等
令和6年10月1日に「電子申請・届出システム」へ反映予定です。なお、令和6年4月1日から9月30日（経過措置期限）までの期間については、令和5年12月19日厚生労働省告示第331号においてお示しした、介護保険法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式に基づいた入力項目となっております。

以上

事業所の吸収分割等に伴う事務の簡素化について

(令和2年8月3日 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室／高齢者支援課／振興課／老人保健課 事務連絡 介護保険最新情報Vol.862)

事業所を運営する法人が吸収合併する場合の指定の取扱いについては、「運営基準等に係るQ&Aについて」(平成13年3月28日発出事務連絡)、「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」(平成30年3月6日)等において、お示ししているところです。

今般、介護事業所の吸収分割等に伴う指定の取扱いについて、別紙のとおり整理いたしましたので、送付いたします。内容御了知の上、貴管内市町村、介護サービス事業所等への周知等をお願いいたします。

1. 吸収分割に伴う指定の取扱いについて

事業所を運営する法人が吸収合併する場合の指定の取扱いについては、「運営基準等に係るQ&Aについて」(平成13年3月28日発出事務連絡)において、「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申請・指定を行う必要がある。」としている。

一方で、その場合であっても、指定権者において、事業所の職員に変更がない等、吸収合併の前後で事業所が実質的に継続して運営されると認める場合は、事業所が自治体へ行う手続きの簡素化や介護報酬上の実績の通算など柔軟な取扱いが可能としている(全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料(平成30年3月6日)(別添1))。

本取扱いは、表1のとおり、事業所を運営する法人が吸収分割される場合においても同様とする。

(表1) 吸収合併及び吸収分割(※1)の場合における各手続の取扱い

	吸収合併 (A法人がB法人と合併し、合併により消滅するA法人の権利義務の全部をB法人が引き継ぐ場合)	吸収分割 (A法人がその事業に関して有する権利義務の全部又は一部が分割され、B法人が引き継ぐ場合)
新規指定の要否	B法人の運営する事業所として新規指定が必要	B法人の運営する事業所として新規指定が必要
指定手続	指定を簡便に行うことが可能(※2)	指定を簡便に行うことが可能
介護報酬の取扱い	過去の実績が必要な加算について、実績の通算が可能(※2)	過去の実績が必要な加算について、実績の通算が可能

(※1) 新設合併や新設分割の際も同様。

(※2) 「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」(平成30年3月6日)。

2. 吸収分割後の法人の指定の際に必要な書類について

また、吸収分割後の法人が運営する事業所が指定を受けようとする際に、提出すべき書類については、吸収分割前の旧法人が運営する事業所が指定を受けた際に提出している内容から変更があった部分についてのみ届け出ることとする。このため、例えば、法人格以外に変更がない場合は、事業所を運営する法人の法人格が変更したことがわかる登記事項証明書等を提出することで差し支えない(表2)。

(表2) 指定申請及び変更等の届出の際に都道府県知事に届け出ることとされている事項と、指定の際の柔軟な取扱いの例における届出書類(訪問介護の場合)

	①事業者の指定 (介護保険法第70条)	②変更の届出等 (介護保険法第75条)	③前ページの例による柔軟な取扱い (注1)
1. 事業所の名称及び所在地	○	△	×(※)
2. 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	○	△	×(※)
3. 当該申請に係る事業の開始の予定年月日	○	×	○
4. 申請者の登記事項証明書又は条例等	○	△	○
5. 事業所の平面図	○	△	×(※)
6. 利用者の推定数	○	△	×(※)
7. 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所並びにサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	○	△	×(※)
8. 運営規程	○	△	×(※)
9. 利用者からの苦			

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

情を処理するために講ずる措置の概要	○	×	× (※)
10. 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態	○	×	× (※)
11. 指定の欠格事由に該当しないことを誓約する書面(誓約書)	○	×	× (※)
12. その他指定に関し必要と認める事項	○	×	× (※)

○=必要 △=事項に変更があった場合に届出が必要
 ×=不要
 ×(※)=事項に変更がなければ、提出不要とすることが可能

(注1) 吸収分割後の法人が運営する事業所で、法人格以外に変更がない場合
 (注2) 吸収合併、新設合併及び新設分割の際も同様

(別添1)

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料(平成30年3月6日)(抄)

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 振興課
 9 介護事業所の業務効率化に向けた取組みについて

(1)~(2) (略)

(3) 事業所の吸収合併に伴う事務の簡素化について
 介護事業所の吸収合併に伴う指定については、介護保険最新情報vol.106(運営基準等に係るQ&A(平成13年3月28日発出事務連絡))において、「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申請指定を行う必要がある」としている。そのため、指定権者においては、新規指定に係る審査と、新規指定に伴う各種事務手続きに対応いただく必要がある。

一方、介護事業所が吸収合併を行う場合、合併前の旧法人が運営する事業所を合併後の法人が継続して運営し、事業所が実質的に継続して運営されると認められることがある。指定権者においては、当該事業所の職員に変更が無い等、吸収合併の前後で介護事業所が実質的に継続して運営されると認めた場合においては、下記の例示のように、合併前の旧法人が運営する事業所の利用者に対するサービスの継続的な提供と質の確保を優先するよう、十分な配慮をお願いする。

また、都道府県におかれては、管内市町村及び介護事業所等に対する周知をお願いする。

【例】

- i 事業所が自治体へ行う手続
 - ・ 地域密着型サービスについて、更新の期限の到来前の再公募を不要とすること。
 - ・ 認知症対応型グループホームなどの代表者は、

認知症に関する研修を修了している必要があるが、新たな代表者が既に同研修を受講している場合には、その再研修を不要とすること。

- ・ 吸収合併の日と介護事業所の指定の日に差が生じることによってサービス提供の空白期間が発生し、利用者に対する介護サービスが途切れるようなことがないように、可能な限り迅速・簡便な対応を行うこと。
- ・ 合併前の旧法人の本体事業所とサテライト事業所を引き継ぐ場合、介護保険法上の手続きを並行して行い、吸収合併の日から本体事業所とサテライト事業所が事業運営を行えるようにすること。

ii 事業所と利用者が行う手続

- ・ 介護事業所の利用契約の再締結を不要とすること(会社法に基づく吸収合併については、合併後の法人は合併前の旧法人の権利義務を承継する)
- ・ ケアプランの変更を不要とすること(利用者希望による軽微な変更扱いが可能)

iii 介護報酬上の取扱いについて

- ・ 事業所が合併した場合における介護報酬上の取扱いに関し、介護保険最新情報vol.69(平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)(平成21年3月23日発出))においては、サービス提供体制強化加算について、「施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合」には、勤続年数を通算できるとしている。

この他、例えば、訪問介護の特定事業所加算の重度要介護者の受入割合などの過去の実績が必要な加算については、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合、実績の通算が可能である。

また、介護職員処遇改善加算における介護職員処遇改善計画書や介護職員処遇改善実績報告書について、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合、合併前の旧法人が運営する事業所分と合併後の法人が運営する事業所分を一括して作成・提出することも可能である。

iv 厚生労働省所管一般会計補助金等に係る財産処分に関する手続き

- ・ 厚生労働省所管一般会計補助金等の交付を受けて取得等をした財産に係る取り扱いについては、「厚生労働省所管一般会計補助金等に係る財産処分について」(平成20年4月17日会発0417001号)に基づいて対応すること。

※ 吸収合併による財産の承継が行われる場合の財産処分の手続き等

- ・ 事業所(間接補助事業者等)は、地方公共団体(補助事業者等)を經由して、厚生労働大臣(適正化法第26条により事務委任されている場合は地方厚生(支)局長。)に財産処分の申請手続きを行うことが原則必要。

(注) 財産処分制限期間を経過した財産である場合は、手続きを要しない。

- ・ 財産処分に伴う国庫納付の要否については以下の通り。
 - ① 財産の承継が有償の場合については、国庫納付を要する。
 - ② 財産の承継が無償の場合については、以下

について国庫納付を要しない。

- i 経過年数が10年以上である場合は、財産の承継後に介護保険法に規定する事業等を含む別表に掲げる事業に使用する場合。
- ii 経過年数が10年未満である場合は、同一事業を10年以上継続する場合。

(参考)

別表（地方公共団体以外の者について国庫納付に関する条件を付加しない財産処分後の事業）（第3の2(1)関係）

国庫納付に関する条件を付加しない財産処分後の事業 (各事業には施設を含む。)	備考 (担当部局)
(略) ・老人福祉法（昭和38年法律第133号）	老健局

に規定する事業（老人居宅生活支援事業、老人福祉施設及び有料老人ホーム）
 ・介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する事業（居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護保険施設、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業及び介護予防支援事業等）
 (略)
 ・高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）に規定する高齢者優良賃貸住宅
 (略)

老健局

有料老人ホームの設置運営標準指導指針について

(平成14年7月18日 老発第0718003号)
(最終改正；令和3年4月1日 老発0401第14号)

高齢者が安心して暮らせる高齢者向け住まいに対するニーズの高まりを受け、有料老人ホームが増加する中、入居者の居住の安定を確保する観点から、有料老人ホームに対する適切な指導監督が不可欠となっている。

このような背景を踏まえ、介護保険制度改正において、入居者保護のため、更なる指導の徹底を図る観点から、老人福祉法を改正し、都道府県に届出のあった有料老人ホームの情報を市町村に通知することを義務づけるとともに、未届の疑いのある有料老人ホームを市町村が発見したときは、都道府県に通知するよう努めることとしたところである。

このほか、令和3年度介護報酬改定が行われたこと等を踏まえ、今般、別添のとおり標準指導指針を改正することとしたので、次の事項に留意の上、貴管内の有料老人ホームに対して適切な指導を行いたい。なお、サービス付き高齢者向け住宅においては、有料老人ホームに該当するものが多いという実態もあるため、貴職においては、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅についても適確に把握の上、必要に応じて、適切な指導を行いたい。

なお、本通知は、地方自治法第245条の4第1項に規定する技術的な助言に該当するものである。

1 標準指導指針の性格

有料老人ホームは民間の活力と創意工夫により高齢者の多様なニーズに応えていくことが求められるものであり、一律の規制には馴染まない面があるが、一方、高齢者が長年にわたり生活する場であり、入居者の側からも介護を始めとするサービスに対する期待が大きいこと、入居に当たり前払金を支払う場合を含めて大きな金銭的な負担を伴うことから、行政としても、サービス水準の確保等のため十分に指導を行う必要がある。特に、有料老人ホーム事業は、設置者と入居者との契約が基本となることから、契約の締結及び履行に必要な情報が、入居者に対して十分提供されることが重要である。

このような事業の性格を踏まえ、各都道府県、指定都市又は中核市（以下「都道府県等」という。）は、本標準指導指針を参考として、地域の状況に応じて指導指針（以下「指導指針」という。）を定め、これに基づき設置前及び事業開始後において継続的な指導を行いたい。なお、指導指針を作成し

ていない場合は、本標準指導指針に基づき指導を行うこととして差し支えないが、できる限り速やかに指導指針を作成されたい。

2 指導上の留意点

(1) 有料老人ホームの定義の周知

老人福祉法（昭和38年法律第133号）第29条第1項において、有料老人ホームとは、①老人を入居させ（以下「入居サービス」という。）、②当該老人に対して「入浴、排せつ又は食事の介護」、「食事の提供」、「洗濯、掃除等の家事」又は「健康管理」の少なくとも一つのサービス（以下「介護等サービス」という。）を供与する施設として定義されている。

従って、同項の規定に基づく「届出」の有無にかかわらず、入居サービス及び介護等サービスの実施が認められるものは、すべて有料老人ホームに該当するものとして取り扱うこととなる。

また、「届出」とは、一定の基準に該当するかどうかを判断した上で実施する「認可」や「指定」とは異なるものであるため、入居サービス及び介護等サービスの実態が認められるものについて事業者から届出があった場合に、都道府県等において受理を拒否することの裁量の余地はない。

なお、有料老人ホームは、老人を入居させることを目的とする施設であることから、入居要件を専ら老人に限らず、老人以外も当然に入居できるようなものは有料老人ホームには当たらない。ただし、①入居要件では老人以外も入居できるとしつつ、意図的に老人を集めて入居させているものについては施設全体について、②共同住宅や寄宿舎のように老人とそれ以外の者が混在して入居しているものであっても、施設の一部については専ら老人を入居要件とするものについては当該老人が利用している部分について、有料老人ホームとして取り扱うこととする。

以上の内容を事業者に対して周知し、必要に応じて届出を求めることをお願いしたい。

(2) 有料老人ホームに該当することの判断

老人福祉法第29条第1項において、委託契約により第三者が介護等サービスを提供する場合についても、有料老人ホーム事業に該当することを明確化しているところであるが、同項の規定は、入居サービス提供者と介護等サービス提供者との間に直接の委託契約がない場合を一律に排除しているものではない。介護等サービス提供者には、入居サービス提供者と委託契約をした者から再委託をされた者など、

すべての第三者のうち、実質的にサービスの提供を行なっている者を含むものである。

従って、入居者に対して、入居サービス又は介護等サービスのいずれかの提供者がもう一方の提供者を紹介・斡旋するなどにより、入居サービスと介護等サービスが一体的に提供されていることが認められる事業については、有料老人ホーム事業として取り扱って差し支えない。

(3) 有料老人ホームの届出の徹底

老人福祉法に規定する有料老人ホームに該当するにもかかわらず、廊下の幅員等が指導指針に適合しないことを理由に有料老人ホームの届出が行われない場合があるが、指導指針に適合しなくとも届出義務がある。

また、届出を行っていない有料老人ホームに対する指導に際して、複数の法人が協同して一体的な経営を行っている場合については、必ずしも特定の一の法人を設置者として扱わなければならないのではなく、複数の法人がいずれも設置者に該当するものとして取り扱って差し支えない。

老人福祉法の観点からは、重要事項の説明や情報開示など有料老人ホームの運営が適切に行われることが重要であり、事業者に対して指導の徹底をお願いしたい。

(4) 有料老人ホームの特定

まずは、有料老人ホームに該当する可能性のある施設を的確に把握することが必要である。このため、特に都道府県においては市町村と必要な情報を共有するなど、密に連携してその把握に努めることが重要である。

その結果、未届の有料老人ホームを把握した場合にあっては、都道府県等において、その施設が有料老人ホームに該当する旨を設置者に対して通知するなどの方法により、有料老人ホームであることを特定した上で、指導を行うことも有効である。届出が行われていない場合であっても、有料老人ホームに該当する事業については、老人福祉法に基づく命令や罰則の適用が可能であるため、設置者に対してその理解を促す観点からも、有料老人ホームであることの特定は必要である。

また、介護保険法の住所地特例の規定など、他の法律においても、有料老人ホームであることを前提とした制度があることから、これらの業務の明確化を図る上でも、適切に有料老人ホームの特定を行うことが必要である。

(5) 地域の状況に応じた指導指針の策定

標準指導指針においては、介護居室の床面積等について規定しているが、本来これらは地域の状況に応じて求められる水準が異なる場合も想定され、必ずしも全国一律に適用しなければならないものではない。このため、指導指針の策定又は変更に当たっては、地域の状況に応じて規定することも差し支えない。

(6) 有料老人ホーム情報の報告、情報開示等

入居希望者のニーズに合った有料老人ホームの選択に資するとともに、事業者の法令遵守の確保を図るため、老人福祉法の規定に基づき、設置者に対して、有料老人ホーム情報を報告させること。

また、有料老人ホーム事業は、設置者と入居者の契約が基本となることから、できる限り多くの情報が開示されることが重要である。特に、高齢者の多くは有料老人ホームにおいて提供される介護サービスに対して大きな期待を寄せていることから、当該有料老人ホームにおいて提供される介護サービスの内容、費用負担等について、重要事項説明書等において明確にするよう指導するとともに、重要事項説明書の交付及び説明の徹底、体験入居制度の実施、財務諸表及び事業収支計画書の開示等について、設置者に対し十分な指導を行われたい。

さらに、必要に応じて、貸借対照表、損益計算書等の財務諸表の提出を求めること等により、経営状況の把握を行い、届出時の事業収支計画と財務諸表に乖離がある場合には対処方針等を報告させるなど、適切な措置を講ずるよう指導するとともに、重要事項説明書、入居契約書、管理規程、入居案内パンフレット等について、定期的に又は変更の都度、提出を求め、表示と実態が乖離することのないよう指導されたい。

その上で、各都道府県においては、設置者から報告のあった有料老人ホーム情報を公表するとともに、重要事項説明書等についても公開するよう努められたい。

なお、重要事項説明書等の公開にあたっては、介護サービス情報公表システムの活用も検討すること。

(7) 有料老人ホームに対する指導

①立入調査等

管内の有料老人ホームについて、定期的な立入調査を実施するほか、必要に応じ適宜調査を実施されたい。立入調査に当たっては、介護保険担当部局（管内の市町村の介護保険担当部局を含む。）とも連携を図り、重要事項説明書の記載内容等に照らしつつ、居室の状況や介護サービスの実施状況等について調査し、必要に応じ、指導指針に基づく指導を行う。また、合理的な理由がなく、再三の指導に従わない場合は、老人福祉法に基づく改善命令等必要な対応を行うこと。特に、立入調査において、入居者の処遇に関する不当な行為が認められたときは、入居者の保護を図る観点から、迅速にその改善に必要な措置をとることを指導し、又は命じられたい。その上で、再三の指導に従わずに悪質な事業を続ける場合など、入居者の保護のため特に必要があると認めるときは、老人福祉法に基づきその事業の制限又は停止を命じられたい。

なお、事業の停止を命じた場合、その他入居者の心身の健康の保持及び生活の安定を図るため必要があると認めるときは、入居者からの問合せに応じ

て、当該高齢者に適した諸条件が整った他の賃貸住宅等のリストを提示したり、入居に必要な公的主体による支援措置を紹介したりするなど、当該入居者に対し、介護等の供与を継続的に受けるために必要な助言その他の援助を行うように努めること。

また、立入調査に限らず、老人福祉法に基づく定期の報告徴収の際を活用するなどにより、状況の把握に努めること。

② 集団指導

有料老人ホームに対する指導として、個別の有料老人ホームへの立入調査のほか、必要に応じて、複数の事業者を一定の場所に集めて講習等を行う集団指導を適宜実施されたい。

集団指導に当たっては、講習の内容に応じて事業者を選定し、あらかじめ集団指導の日時、場所、出席者、指導内容等を文書により事業者に通知した上で、指導指針の内容、制度改正内容及び過去の指導事例等について講習等の方式で行う。その際、多くの事業者が参加できるよう、必要に応じてオンラインでの開催なども検討すること。また、届出を行っていない有料老人ホームに対しても集団指導に参加するよう働きかけること。さらに、集団指導に欠席した事業者に対しては、当日使用した資料を送付する等、必要な情報提供に努めるものとする。

(8) 全国有料老人ホーム協会との連携

有料老人ホームに対する指導及び協議に当たっては、必要に応じ、公益社団法人全国有料老人ホーム協会と連携を図ることとし、同協会への入会や同協会に設けられている有料老人ホーム入居者生活保証制度の加入についても十分配慮するよう指導されたい。

(9) 介護サービスに係る表示の留意事項

介護が必要となった場合に、介護保険の訪問介護等を利用することとなっている有料老人ホームについては、当該有料老人ホームが自ら介護サービスを提供しているとは認められないため、重要事項説明書等における職員数の表示に訪問介護事業所等の勤務時間を重複して計上することや、広告等において「介護付終身利用型有料老人ホーム」、「ケア付き高齢者住宅」、「終身介護マンション」等の表示を行うことは不当表示となるおそれがあるので留意されたい。

(10) 関係機関との連携

有料老人ホームの指導に当たっては、以下の関係機関と十分な連携を図られたい。

① 介護保険担当部局（管内の市町村を含む。）

・介護サービス基盤の整備等について

② 住宅担当部局

・サービス付き高齢者向け住宅の運用について

③ 開発許可・建築確認担当部局（管内の市町村を含む。）

・有料老人ホームの設置計画の事前把握について

④ 消防担当部局（所轄の消防署を含む。）

- ・有料老人ホームの防火安全対策の推進について
- ⑤ 景品表示法担当部局
 - ・有料老人ホームの表示の適正化について
- ⑥ 消費生活センター、国民健康保険団体連合会等
 - ・苦情対応、入居者保護等について

3 指導指針の取扱いと届出の関係について

(1) 「届出」に対する適切な理解の促進

有料老人ホームにおいては、高齢者福祉に大きく関わる住まいの場であることを踏まえて、地域に開かれた存在であることが求められる。また、必要に応じて行政庁が適切に関与するための前提として、その設置者に対して「届出」を義務付けている。

一部において、届出を行うことで指導指針等による行政指導の対象となるかのような誤解もあるが、食事の提供など有料老人ホームの要件に該当する事業であれば、届出の有無にかかわらず、老人福祉法上の有料老人ホームとして取り扱われる。つまり、有料老人ホームとして取り扱われることを回避するために届出を行わないという行為には合理性がないことから、設置者に対しては、その旨を丁寧に説明し、自ら届出を行うよう促していただきたい。

なお、有料老人ホームの届出は、老人福祉法上の定義に適合する場合に必要な手続に過ぎず、これを行うことによって「有料老人ホーム」という名称を使用しなければならないわけではないところであり、その点についても適切に説明していただきたい。

(2) 指導指針の適切な運用

一方で、有料老人ホームの設置者が、「届出」の趣旨や効果について誤解をしていることの一因は、これまでの行政指導において、あたかも指導指針が届出基準であるかのように扱ったり、その規定の内容に強制力があるかのような指導を行ってきたりした経緯にある、という可能性にも目を向ける必要がある。行政指導を行う側と受ける側では違った受け止め方をする可能性があることに留意し、丁寧な制度説明が必要である。

有料老人ホーム制度が「届出」に基づくものになっているのは、民間の創意工夫を尊重し、高齢者の多様なニーズに応じた取組を進めやすくするためのものであるとともに、高齢者の福祉を損なうものであると認められるときには行政庁が介入する必要があるためである。仮に、届出を行いきにくいような環境を現出させた場合、民間の創意工夫を阻害するだけでなく、結果として、届出が行われない物件が増えることとなり、そのような物件の把握や、届出を促すための指導に関する業務が拡大し、本来の福祉的な観点での指導等を行うことが困難になることも懸念されるため、二重の意味で制度の趣旨を損なうことになりかねない。

従って、有料老人ホームの設置者が自ら届出を行

いやすくなる環境を構築することは、地方公共団体における届出促進に関する業務を軽減し、結果的には、入居者の適切な処遇を確保するための施策に注力することが可能になると期待できることから、今回の標準指導指針の改正を機会に、各地方公共団体においては、指導指針の内容の見直しだけでなく、その運用の方法についても見直しを行い、有料老人ホームの設置者が自ら届出を行うことを促すような取組を進めるよう、願います。

(3) 既存建築物や小規模建築物を活用する取組への対応

有料老人ホームにおける居住の質を確保するためには、指導指針への適合が一つの目安となることである。その一方で、指導指針への適合を画的に求めることは、事業者による有料老人ホームの届出意欲を削ぎ、結果として、都道府県等が把握できない有料老人ホームを増加させることにもつながりかねず、入居している高齢者に対する不適切な処遇や虐待などの発見が遅れる可能性も生じる。

特に、住宅の転用など既存建築物を活用する場合や小規模な建築物で運営を行う場合については、標準指導指針で示している設備基準への適合を求めることは困難であることも多いと考えられるため、民間の活力と創意工夫を取り入れた取組を行っている事業者自らの届出を促す観点から、入居者への十分な説明を前提に、

- ① 標準指導指針で示している規定の趣旨を満たすような代替の方法によること
- ② 将来的な改善に向けた計画を策定していることなどの方法により、標準指導指針上も差し支えないものとする旨を明記しているため、指導指針の策定や運用においても、個別具体的内容を吟味した上で、適切な指導を行うように留意されたい。

4 主要な改正点

(1) 令和3年度介護報酬改定を踏まえた見直し

令和3年度介護報酬改定により、指定特定施設等において、感染症対策の強化、業務継続に向けた取組の強化、ハラスメント対策の強化、高齢者虐待防止の推進、認知症介護基礎研修の受講の義務づけ等の見直しが行われたことを踏まえ、有料老人ホームにおいても同様の措置を求めることとした。

(2) 書面規制、押印、対面規制の見直し

利便性の向上及び事業者の業務負担軽減の観点から、政府が推進する押印・書面手続きの見直し方針を踏まえ、本指針に定められている書面等については、電磁的記録で行うことができること、また、書面での説明等については、入居者等の承諾を得たうえで、電磁的方法によって行うことができることとした。

5 その他

(1) 本通知の適用

本通知及び標準指導指針は、令和3年7月1日から適用する。

ただし、各都道府県等が指導指針を別に定めている場合は、当該指導指針が適用される。従って、各都道府県等において本標準指導指針を参考に指導指針を改正しようとする場合にあっては、できる限り速やかに改正を行うこととし、その適用日についても、令和3年7月1日以前とすることが可能であるので、念のため申し添える。

なお、今般、標準指導指針に新たに追加された計画の策定等について、指導等にあたっては、特定施設入居者生活介護の基準等においては、以下の一定の経過措置期間が設けられていること等に留意すること。

- ① 標準指導指針7(2)二に示す認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることについて、特定施設入居者生活介護等の基準においては、令和6年3月31日までは努力義務としていること及び新たに採用した職員については採用後1年間の猶予期間を設けていること。
- ② 標準指導指針8(5)に示す業務継続計画の策定、同指針8(7)に示す衛生管理等及び同指針9(6)ロからホに示す虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催等について、特定施設入居者生活介護等の基準においては、令和6年3月31日までは努力義務としていること。
- ③ 標準指導指針12(8)四に示す事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者を置くことについて、軽費老人ホーム等の基準においては、令和3年9月30日までは努力義務としていること。

(2) 経過措置

本標準指導指針の適用の際現に存する有料老人ホーム、既に着工している有料老人ホーム等については、構造設備に係る規定を満たさない場合、従前の規定によることとして差し支えない。

有料老人ホーム設置運営標準指導指針

目次

- 1 用語の定義
- 2 基本的事項
- 3 設置者
- 4 立地条件
- 5 規模及び構造設備
- 6 既存建築物等の活用の場合等の特例
- 7 職員の配置、研修及び衛生管理
- 8 有料老人ホーム事業の運営
- 9 サービス等
- 10 事業収支計画
- 11 利用料等
- 12 契約内容等
- 13 情報開示
- 14 電磁的記録等

老人福祉法（昭和38年法律第133号）第29条第1項に規定する有料老人ホームの設置・運営に関して、標準となる指導指針については以下のとおり定める。

1 用語の定義

この指導指針において次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- 一 有料老人ホーム 老人福祉法第29条第1項に規定する施設
- 二 有料老人ホーム事業 老人を入居させ、次のイからニまでのいずれかをする事業
 - イ 入浴、排せつ又は食事の介護
 - ロ 食事の提供
 - ハ 洗濯、掃除等の家事の供与
 - ニ 健康管理の供与
- 三 サービス付き高齢者向け住宅 高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第5条第1項の登録を受けている高齢者向けの賃貸住宅又は有料老人ホーム
- 四 サービス付き高齢者向け住宅事業 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項の規定に基づき、高齢者を入居させ、状況把握サービス、生活相談サービスその他の高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスを提供する事業として登録を受けている事業
- 五 設置者 有料老人ホームの設置者（複数の事業者が協同して有料老人ホーム事業を運営する場合の各事業者及び委託を受けた事業者を含む。）
- 六 管理者 職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う立場にある者（有料老人ホームの施設長、サービス付き高齢者向け住宅の責任者など、その呼称に関わらない）
- 七 特定施設入居者生活介護等 次のイ、ロ及びハに掲げるサービス
 - イ 介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護
 - ロ 介護保険法第8条第21項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護
 - ハ 介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護
- 八 介護サービスを提供する有料老人ホーム 次のイ及びロに掲げる有料老人ホーム
 - イ 特定施設入居者生活介護等を提供する有料老人ホーム
 - ロ 設置者が、介護サービス（介護保険法第40条に規定する介護給付又は同法第52条に規定する予防給付に係る介護サービス以外の介護サービス）を提供する有料老人ホーム

2 基本的事項

有料老人ホームの事業を計画するに当たっては、

次の事項に留意すること。

- (1) 有料老人ホーム経営の基本姿勢としては、入居者の福祉を重視するとともに、安定的かつ継続的な事業運営を確保していくことが求められること。特に、介護サービスを提供する有料老人ホームにあっては、より一層、入居者の個人としての尊厳を確保しつつ福祉の向上を図ることが求められること。
- (2) 老人福祉法の帳簿の作成及び保存、情報の開示、権利金等の受領の禁止並びに前払金の保全措置及び返還に関する規定を遵守するとともに、入居者等に対し、サービス内容等の情報を開示するなどにより施設運営について理解を得るように努め、入居者等の信頼を確保することが求められること。
- (3) 本指針を満たすだけでなく、より高い水準の施設運営に向けて努力することが期待されること。
- (4) 特定施設入居者生活介護等の事業者の指定を受けた有料老人ホームにあっては、本指針に規定することのほか、「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」（平成11年厚生省令第37号）、「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」（平成18年厚生労働省令第34号）又は「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）のうち当該施設に該当する基準を遵守すること。
- (5) 高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針（平成21年厚生労働省・国土交通省告示第1号）の五の4「高齢者居宅生活支援サービスの提供」を参考に、特定の事業者によるサービスを利用させるような入居契約を締結することなどの方法により、入居者が希望する医療・介護サービスを設置者が妨げてはならないこと。
- (6) 都市計画法（昭和43年法律第100号）による開発許可又は建築許可申請が必要な場合にあっては当該申請を行う前、開発許可対象外の場合にあっては建築基準法（昭和25年法律第201号）に基づく建築確認の申請を行う前から、地元市町村及び都道府県と十分な事前協議を行うこと。
- (7) 建築確認後速やかに、有料老人ホームの設置を行う前に、都道府県知事（地方自治法（平成22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）及び同法第252条の22第1項の中核市（以下「中核市」という。）においては、指定都市又は中核市の市長。以下同じ。）に、老人福祉法第29条第1項の規定に基づく届出を行うこと。
- (8) 都道府県知事への届出後（サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、登録後）に入居募集を行うこと。

- (9) 本指針に基づく指導を受けている場合は、本指針の遵守に向け計画的に運営の改善を図ること。
- (10) サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものにあつては、3、4、5、6及び10の規定は適用せず、高齢者の居住の安定確保に関する法律第7条第1項に定める登録基準によること。

3 設置者

- (1) 設置者は、老人福祉施設の場合と異なり、地方公共団体及び社会福祉法人に限定されるものではないこと。
- (2) 公益法人にあつては、有料老人ホーム事業を行うに当たって主務官庁の承認を得ていること。
- (3) 事業を確実に遂行できるように経営基盤が整っているとともに、社会的信用の得られる経営主体であること。
- (4) 個人経営でないこと。また少数の個人株主等による独断専行的な経営が行われる可能性のある体制でないこと。
- (5) 他業を営んでいる場合には、その財務内容が適正であること。
- (6) 役員等の中には、有料老人ホーム運営について知識、経験を有する者等を参画させること。さらに、介護サービスを提供する有料老人ホームの場合は、役員等の中に高齢者の介護について知識、経験を有する者を参画させるなど介護サービスが適切に提供される運営体制が確保されていること。

4 立地条件

- (1) 入居者が健康で安全な生活を維持できるよう、交通の利便性、地域の環境、災害に対する安全性及び医療機関等との連携等を考慮して立地すること。特に、有料老人ホームは、入居者である高齢者が介護等のサービスを受けながら長期間にわたり生活する場であることから、住宅地から遠距離であったり、入居者が外出する際に不便が生じたりするような地域に立地することは好ましくないこと。
- (2) 有料老人ホームの事業の用に供する土地及び建物については、有料老人ホーム事業以外の目的による抵当権その他の有料老人ホームとしての利用を制限するおそれのある権利が存しないことが登記簿謄本及び必要に応じた現地調査等により確認できること。
- (3) 借地による土地に有料老人ホームを設置する場合又は借家において有料老人ホーム事業を実施する場合には、入居契約の契約期間中における入居者の居住の継続を確実なものとするため、契約関係について次の要件を満たすこと。
- 一 借地の場合（土地の所有者と設置者による土地の賃貸借）
- イ 有料老人ホーム事業のための借地であること及び土地の所有者は有料老人ホーム事業の

継続について協力する旨を契約上明記すること。

- ロ 建物の登記をするなど法律上の対抗要件を具備すること。
- ハ 入居者との入居契約の契約期間の定めがない場合には、借地借家法（平成3年法律第90号）第3条の規定に基づき、当初契約の借地契約の期間は30年以上であることとし、自動更新条項が契約に入っていること。
- ニ 無断譲渡、無断転貸の禁止条項が契約に入っていること。
- ホ 設置者による増改築の禁止特約がないこと、又は、増改築について当事者が協議し土地の所有者は特段の事情がない限り増改築につき承諾を与える旨の条項が契約に入っていること。
- ヘ 賃料改定の方法が長期にわたり定まっていること。
- ト 相続、譲渡等により土地の所有者が変更された場合であっても、契約が新たな所有者に承継される旨の条項が契約に入っていること。
- チ 借地人に著しく不利な契約条件が定められていないこと。
- 二 借家の場合（建物の所有者と設置者による建物の賃貸借）
- イ 有料老人ホーム事業のための借家であること及び建物の所有者は有料老人ホーム事業の継続について協力する旨を契約上明記すること。
- ロ 入居者との入居契約の契約期間の定めがない場合には、当初契約の契約期間は20年以上であることとし、更新後の借家契約の期間（極端に短期間でないこと）を定めた自動更新条項が契約に入っていること。
- ハ 無断譲渡、無断転貸の禁止条項が契約に入っていること。
- ニ 賃料改定の方法が長期にわたり定まっていること。
- ホ 相続、譲渡等により建物の所有者が変更された場合であっても、契約が新たな所有者に承継される旨の条項が契約に入っていること。
- ヘ 建物の賃借人である設置者に著しく不利な契約条件が定められていないこと。
- ト 入居者との入居契約の契約期間の定めがない場合には、建物の優先買取権が契約に定められていることが望ましいこと。
- (4) 借地・借家等の契約関係が複数になる場合にあつては、土地信託方式、生命保険会社による新借地方式及び実質的には二者間の契約関係と同一視できる契約関係であつて当該契約関係が事業の安定に資する等やむを得ないと認められるものに限られること。
- (5) 定期借地・借家契約による場合には、入居者と

の入居契約の契約期間が当該借地・借家契約の契約期間を超えることがないようにするとともに、入居契約に際して、その旨を十分に説明すること。なお、入居者との入居契約の契約期間の定めがない場合には、定期借地・借家契約ではなく、通常の借地・借家契約とすること。

5 規模及び構造設備

- (1) 建物は、入居者が快適な日常生活を営むのに適した規模及び構造設備を有すること。
- (2) 建物は、建築基準法に規定する耐火建築物又は準耐火建築物とすること。
- (3) 建物には、建築基準法、消防法（昭和23年法律第186号）等に定める避難設備、消火設備、警報設備その他地震、火災、ガスもれ等の防止や事故・災害に対応するための設備を十分設けること。また、緊急通報装置を設置する等により、入居者の急病等緊急時の対応を図ること。
- (4) 建物の設計に当たっては、「高齢者が居住する住宅の設計に係る指針」（平成13年国土交通省告示第1301号）を踏まえて、入居者の身体機能の低下や障害が生じた場合にも対応できるよう配慮すること。
- (5) 建物の配置及び構造は、日照、採光、換気等入居者の保健衛生について十分考慮されたものであること。
- (6) 次の居室を設けること。
 - 一 一般居室
 - 二 介護居室

設置者が自ら介護サービスを提供するための専用の居室であり、入居者の状況等に応じて適切な数を確保すること。なお、一般居室で介護サービスが提供される場合又は有料老人ホームが自ら介護サービスを提供しない場合は介護居室を設置しなくてもよいこと。
 - 三 一時介護室

設置者が自ら一時的な介護サービスを提供するための居室であり、入居者の状況等に応じて適切な数を確保すること。なお、一般居室又は介護居室で一時的な介護サービスを提供することが可能である場合は一時介護室を設置しなくてもよいこと。
- (7) 次の設備について、居室内に設置しない場合は、全ての入居者が利用できるように適当な規模及び数を設けること。
 - 一 浴室
 - 二 洗面設備
 - 三 便所
- (8) 設置者が提供するサービス内容に応じ、次の共同利用の設備を設けること。
 - 一 食堂
 - 二 医務室又は健康管理室
 - 三 看護・介護職員室

- 四 機能訓練室（専用室を確保する場合に限らず、機能訓練を行うために適当な広さの場所が確保できる場合を含む。）
 - 五 談話室又は応接室
 - 六 洗濯室
 - 七 汚物処理室
 - 八 健康・生きがい施設（スポーツ、レクリエーション等のための施設、図書室その他の施設）
 - 九 前各号に掲げるもののほか、事務室、宿直室その他の運営上必要な設備
- (9) (6)、(7)及び(8)に定める設備の基準は、次によること。
- 一 一般居室、介護居室及び一時介護室は次によること。
 - イ 個室とすることとし、入居者1人当たりの床面積は13平方メートル以上とすること。
 - ロ 各個室は、建築基準法第30条の規定に基づく界壁により区分されたものとする。
 - 二 医務室を設置する場合には、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第16条に規定する診療所の構造設備の基準に適合したものとすること。
 - 三 要介護者等が使用する浴室は、身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること。
 - 四 要介護者等が使用する便所は、居室内又は居室のある階ごとに居室に近接して設置することとし、緊急通報装置等を備えるとともに、身体の不自由な者が使用するのに適したものとすること。
 - 五 介護居室のある区域の廊下は、入居者が車いす等で安全かつ円滑に移動することが可能となるよう、次のイ又はロによること。
 - イ すべての介護居室が個室で、1室当たりの床面積が18平方メートル（面積の算定方法はバルコニーの面積を除き、壁芯（へきしん）方法による。）以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合、廊下の幅は1.4メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は1.8メートル以上とすること。
 - ロ 上記以外の場合、廊下の幅は1.8メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は2.7メートル以上とすること。

6 既存建築物等の活用の場合等の特例

- (1) 既存の建築物を転用して開設される有料老人ホーム又は定員9人以下の有料老人ホームについて、建物の構造上5(9)に定める基準を満たすことが困難である場合においては、次のいずれかの基準を満たす場合、当該基準に適合することを要しない。
 - 一 次のイ、ロ及びハの基準を満たすもの
 - イ すべての居室が個室であること。

ロ 5(9)に定める基準を満たしていない事項について、重要事項説明書又は管理規程に記入し、その内容を適切に入居者又は入居希望者に対して説明すること。

ハ 次の①又は②のいずれかに適合するものであること

① 代替の措置（入居者が車いす等で安全かつ円滑に移動することが可能となる廊下幅を確保できない場合において、入居者の希望に応じて職員が廊下の移動を介助することなど）を講ずること等により、5(9)の基準を満たした場合と同等の効果が得られると認められるものであること。

② 将来において5(9)に定める基準に適合させる改善計画を策定し、入居者への説明を行っていること。

二 建物の構造について、文書により適切に入居者又は入居希望者に対して説明しており、外部事業者によるサービスの受入や地域との交流活動の実施などにより、事業運営の透明性が確保され、かつ、入居者に対するサービスが適切に行われているなど、適切な運営体制が確保されているものとして都道府県知事が個別に認めたもの

(2) 都道府県知事が、火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、次の各号のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建ての有料老人ホームであって、火災に係る入居者の安全性が確保されていると認めたものについては、5(2)の規定にかかわらず、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しない。

一 スプリンクラー設備の設置、天井等の内装材等への難燃性の材料の使用、調理室等火災が発生するおそれがある箇所における防火区画の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること。

二 非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なるものであること。

三 避難口の増設、搬送を容易に行うために十分な幅員を有する避難路の確保等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること、配置人員を増員すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なるものであること。

(3) 高齢者の居住の安定確保に関する法律等の一部を改正する法律（平成23年法律第74号。以下「改正法」という。）の施行（平成23年10月20日）の際現に改正法による改正前的高齢者の居住の安定確保に関する法律第4条に規定する高齢者円滑入居賃貸住宅の登録を受けている高齢者専用賃貸住宅であった有料老人ホームについては、5(2)、(3)、(6)、(7)、(8)及び(9)の基準を適用しない。ただ

し、建築基準法、消防法等に定める避難設備、消火設備、警報設備その他地震、火災、ガスもれ等の防止や事故、災害に対応するための設備を十分に設けるとともに、緊急通報装置を設置する等により、入居者の急病等緊急時の対応を図ること。

7 職員の配置、研修及び衛生管理

(1) 職員の配置

一 職員の配置については、入居者の数及び提供するサービス内容に応じ、その呼称にかかわらず、次の職員を配置すること。

イ 管理者

ロ 生活相談員（サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成23年厚生労働省・国土交通省令第2号）第11条第一号の規定に基づく状況把握サービス及び生活相談サービスを提供する職員）

ハ 栄養士

ニ 調理員

二 介護サービスを提供する有料老人ホームの場合は、上記の他、提供する介護サービスの内容に応じ、次によること。

イ 要介護者等を直接処遇する職員（介護職員及び看護職員をいう。以下「直接処遇職員」という。）については、介護サービスの安定的な提供に支障がない職員体制とすること。

ロ 看護職員については、入居者の健康管理に必要な数を配置すること。ただし、看護職員として看護師の確保が困難な場合には、准看護師を充てることできる。

ハ 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者を配置すること。

ニ 管理者その他の介護サービスの責任者の地位にある者は、高齢者の介護について知識、経験を有する者を配置すること。

三 入居者の実態に即し、夜間の介護、緊急時に対応できる数の職員を配置すること。

(2) 職員の研修

一 職員に対しては、採用時及び採用後において定期的に研修を実施すること。特に、生活相談員及び直接処遇職員については、高齢者の心身の特性、実施するサービスのあり方及び内容、介護に関する知識及び技術、作業手順等について研修を行うこと。

二 介護に直接携わる職員（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講ずること。

(3) 職員の衛生管理

- 一 職員の心身の健康に留意し、職員の疾病の早期発見及び健康状態の把握のために、採用時及び採用後において定期的に健康診断を行うとともに、就業中の衛生管理について十分な点検を行うこと。
- 二 適正なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するため、職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、職員に周知・啓発するとともに、相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、職員に周知する等、必要な措置を講じること。

また、入居者やその家族等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、相談に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備するなど、必要な対策を講じることが望ましい。

8 有料老人ホーム事業の運営**(1) 管理規程の制定**

入居者の定員、利用料、サービスの内容及びその費用負担、介護を行う場合の基準、医療を要する場合の対応などを明示した管理規程を設けること。なお、上記内容を含み、入居者に対する説明事項を適切に提示している資料であれば、その呼称にかかわらず、管理規程として扱って差し支えない。

(2) 名簿の整備

緊急時において迅速かつ適切に対応できるようにする観点から、入居者及びその身元引受人等の氏名及び連絡先を記載した名簿を整備しておくこと。

(3) 帳簿の整備

老人福祉法第29条第4項の規定を参考に、次の事項を記載した帳簿を作成し、2年間保存すること。

- イ 有料老人ホームの修繕及び改修の実施状況
- ロ 老人福祉法第29条第7項に規定する前払金、利用料その他の入居者が負担する費用の受領の記録
- ハ 入居者に供与した次のサービス（以下「提供サービス」という。）の内容
 - ① 入浴、排せつ又は食事の介護
 - ② 食事の提供
 - ③ 洗濯、掃除等の家事の供与
 - ④ 健康管理の供与
 - ⑤ 安否確認又は状況把握サービス
 - ⑥ 生活相談サービス

ニ 緊急やむを得ず入居者に身体的拘束を行った場合にあっては、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由

ホ 提供サービスに係る入居者及びその家族からの苦情の内容

ヘ 提供サービスの供与により入居者に事故が発生した場合は、その状況及び事故に際して採った処置の内容

ト 提供サービスの供与を委託により他の事業者に行わせる場合にあっては、当該事業者の名称、所在地、委託に係る契約事項及び業務の実施状況

チ 設備、職員、会計及び入居者の状況に関する事項

(4) 個人情報の取り扱い

(2)の名簿及び(3)の帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日・厚生労働省）」を遵守すること。

(5) 業務継続計画の策定等

イ 感染症や非常災害の発生時において、入居者に対する処遇を継続的に行うための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じること。計画の策定にあたっては、「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。

ロ 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施すること。なお、訓練については、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

ハ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(6) 非常災害対策

イ 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うこと。なお、「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第3条に規定する消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいう。

ロ イに規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めること。

(7) 衛生管理等

感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じること。

イ 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（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下、「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ること。なお、委員会については、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましい。

ロ 感染症及びまん延の防止のための指針を整備すること。

ハ 職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。なお、訓練については、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

(8) 緊急時の対応

(5)から(7)に掲げるもののほか、事故・災害及び急病・負傷に迅速かつ適切に対応できるよう具体的な計画を立てるとともに、避難等必要な訓練を定期的に行うこと。なお、当該計画の策定や訓練の実施にあたっては、(5)から(7)に定める計画や訓練と併せて実施することとして差し支えない。

(9) 医療機関等との連携

イ 入居者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、医療機関と協力する旨及びその協力内容を取り決めておくこと。

ロ あらかじめ、歯科医療機関と協力する旨及びその協力内容を取り決めておくよう努めること。

ハ 協力医療機関及び協力歯科医療機関との協力内容、協力医療機関及び協力歯科医療機関の診療科目、協力科目等について入居者に周知しておくこと。

ニ 入居者が適切に健康相談や健康診断を受けられるよう、協力医療機関による医師の訪問や、嘱託医の確保などの支援を行うこと。

ホ 入居者が、医療機関を自由に選択することを妨げないこと。協力医療機関及び協力歯科医療機関は、あくまでも、入居者の選択肢として設置者が提示するものであって、当該医療機関における診療に誘引するためのものではない。

ヘ 医療機関から入居者を患者として紹介する対価として金品を受領することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を受けることにより、入居者が当該医療機関において診療を受けるように誘引してはならないこと。

(10) 介護サービス事業所との関係

イ 近隣に設置されている介護サービス事業所について、入居者に情報提供すること。

ロ 入居者の介護サービスの利用にあつては、設置者及び当該設置者と関係のある事業者など特定の事業者からのサービス提供に限定又は誘導しないこと。

ハ 入居者が希望する介護サービスの利用を妨げないこと。

(11) 運営懇談会の設置等

有料老人ホーム事業の運営について、入居者の積極的な参加を促し、かつ、外部の者等との連携により透明性を確保する観点から、運営懇談会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を設置し、その運営に当たっては、次の事項について配慮すること。ただし、入居定員が少ないなどの理由により、運営懇談会の設置が困難なときは、地域との定期的な交流が確保されていることや、入居者の家族との個別の連絡体制が確保されていることなどの代替となる措置があり、かつ、当該措置が運営懇談会の代替になるものとして入居者への説明を行っている場合にあつては、この限りでない。

イ 運営懇談会は、管理者、職員及び入居者によって構成されること。

ロ 運営懇談会の開催に当たっては、入居者（入居者のうちの要介護者等についてはその身元引受人等）に周知し、必要に応じて参加できるように配慮すること。

ハ 有料老人ホーム事業の運営について外部からの点検が働くよう、職員及び入居者以外の第三者的立場にある学識経験者、民生委員などを加えるよう努めること。

ニ 運営懇談会では、次に掲げる事項を定期的に報告し、説明すること。また、入居者の要望、意見を運営に反映させるよう努めること。

① 入居者の状況

② サービス提供の状況

③ 管理費、食費その他の入居者が設置者に支払う金銭に関する収支等の内容

9 サービス等

(1) 設置者は、入居者に対して、契約内容に基づき、次に掲げるサービス等を自ら提供する場合にあつては、それぞれ、その心身の状況に応じた適切なサービスを提供すること。

一 食事サービス

イ 高齢者に適した食事を提供すること。

ロ 栄養士による献立表を作成すること。

ハ 食堂において食事をするのが困難であるなど、入居者の希望に応じて、居室において食事を提供するなど必要な配慮を行うこと。

二 生活相談・助言等

イ 入居時には、心身の健康状況等について調査を行うこと。

ロ 入居後は入居者の各種の相談に応ずるとと

もに適切な助言等を行うこと。

三 健康管理と治療への協力

イ 入居時及び定期的に健康診断（歯科に係るものを含む。）の機会を設けるなど、入居者の希望に応じて健康診断が受けられるよう支援するとともに、常に入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとること。

ロ 入居者の意向を確認した上で、入居者の希望に応じて、健康診断及び健康保持のための措置の記録を適切に保存しておくこと。

ハ 入居者が一時的疾病等のため日常生活に支障がある場合には介助等日常生活の世話を行うこと。

ニ 医療機関での治療が必要な場合には適切な治療が受けられるよう医療機関への連絡、紹介、受診手続、通院介助等の協力を行うこと。

四 介護サービス

イ 介護サービスを提供する有料老人ホームにあっては、契約に定めるところにより、当該有料老人ホーム又はその提携有料老人ホーム（一定限度以上の要介護状態になった場合に入居者が住み替えてそこで介護サービスを行うことが入居契約書に明定されているものに限る。）において行うこととし、当該有料老人ホームが行うべき介護サービスを介護老人保健施設、病院、診療所又は特別養護老人ホーム等に行わせてはならないこと。なお、この場合の介護サービスには、医療行為は含まれないものであること。

ロ 契約内容に基づき、入居者を一般居室、一時介護室又は介護居室において入居者の自立を支援するという観点に立って処遇するとともに、常時介護に対応できる職員の勤務体制をとること。

ハ 介護記録を作成し、保管するとともに、主治医との連携を十分図ること。

五 安否確認又は状況把握

入居者が居住部分への訪問による安否確認や状況把握を希望しない場合であっても、電話、居住部分内での入居者の動体を把握できる装置による確認、食事サービスの提供時における確認等その他の適切な方法により、毎日1回以上、安否確認等を実施すること。

安否確認等の実施にあたっては、安全・安心の確保の観点のみならず、プライバシーの確保について十分に考慮する必要があることから、その方法等については、運営懇談会その他の機会を通じて入居者の意向の確認、意見交換等を行い、できる限りそれを尊重したものとすること。

六 機能訓練

介護サービスを提供する有料老人ホームにあ

っては、要介護者等の生活の自立の支援を図る観点から、その身体的、精神的条件に応じた機能訓練等を実施すること。

七 レクリエーション

入居者の要望を考慮し、運動、娯楽等のレクリエーションを実施すること。

八 身元引受人への連絡等

イ 入居者の生活において必要な場合には、身元引受人等への連絡等所要の措置をとるとともに、本人の意向に応じ、関連諸制度、諸施策の活用についても迅速かつ適切な措置をとること。

ロ 要介護者等については、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況を身元引受人等へ定期的に報告すること。

九 金銭等管理

イ 入居者の金銭、預金等の管理は入居者自身が行うことを原則とすること。ただし、入居者本人が特に設置者に依頼した場合、又は入居者本人が認知症等により十分な判断能力を有せず金銭等の適切な管理が行えないと認められる場合であって、身元引受人等の承諾を得たときには、設置者において入居者の金銭等を管理することもやむを得ないこと。

ロ 設置者が入居者の金銭等を管理する場合にあっては、依頼又は承諾を書面で確認するとともに、金銭等の具体的な管理方法、本人又は身元引受人等への定期的報告等を管理規程等で定めること。

十 家族との交流・外出の機会の確保

常に入居者の家族との連携を図り、入居者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めるとともに、入居者の外出の機会を確保するよう努めること。

(2) 設置者は、(1)各号に掲げるサービス等の提供に係る入居者との契約を締結する場合、その職員に対して、提供するサービス等の内容を十分に周知徹底すること。

(3) 有料老人ホームの職員が、介護保険サービスその他の業務を兼ねる場合にあっては、各職員について、それぞれが従事する業務の種別に応じた勤務状況を明確にする観点から、適切に勤務表の作成及び管理を行うこと。

(4) 設置者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律第124号）に基づき、次の事項を実施すること。

イ 同法第5条の規定に基づき、高齢者虐待を受けた入居者の保護のための施策に協力すること。

ロ 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ること。

- ハ 虐待の防止のための指針を整備すること。
- ニ 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- ホ ロからニまでに掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- ヘ その他同法第20条の規定に基づき、苦情の処理の体制の整備その他の高齢者虐待の防止等のための措置を講ずること。

- (5) 入居者に対するサービスの提供に当たっては、当該入居者又は他の入居者等の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き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならないこと。
- (6) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。
- (7) 身体的拘束等の適正化を図るために、次に掲げる措置を講じなければならない。
 - イ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
 - ロ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ハ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

10 事業収支計画

(1) 市場調査等の実施

構想段階における地域特性、需要動向等の市場分析や、計画が具体化した段階における市場調査等により、相当数の者の入居が見込まれること。

(2) 資金の確保等

初期総投資額の積算に当たっては、開設に際して必要となる次に掲げる費用等を詳細に検討し積み上げて算定し、必要な資金を適切な方法で調達すること。また、資金の調達に当たっては主たる取引金融機関等を確保しておくこと。

- 一 調査関係費
- 二 土地関係費
- 三 建築関係費
- 四 募集関係費
- 五 開業準備関係費
- 六 公共負担金
- 七 租税公課
- 八 期中金利
- 九 予備費

(3) 資金収支計画及び損益計画

次の事項に留意し、長期の資金収支計画及び損

益計画を策定すること。

- 一 長期安定的な経営が可能な計画であること。
- 二 最低30年以上の長期的な計画を策定し、少なくとも3年ごとに見直しを行うこと。
- 三 借入金の返済に当たっては、資金計画上無理のない計画となっていること。
- 四 適切かつ実行可能な募集計画に基づいていること。
- 五 長期推計に基づく入居時平均年齢、男女比、単身入居率、入退去率、入居者数及び要介護者発生率を勘案すること。
- 六 人件費、物件費等の変動や建物の修繕費等を適切に見込んでいること。
- 七 前払金（入居時に老人福祉法第29条第7項に規定する前払金として一括して受領する利用料）の償却年数は、入居者の終身にわたる居住が平均的な余命等を勘案して想定される期間（以下「想定居住期間」という。）とすること。
- 八 常に適正な資金残高があること。

(4) 経理・会計の独立

有料老人ホーム以外にも事業経営を行っている経営主体については、当該有料老人ホームについての経理・会計を明確に区分し、他の事業に流用しないこと。

11 利用料等

- (1) 有料老人ホームは、契約に基づき入居者の負担により賄われるものであり、その支払方法については、月払い方式、前払い方式又はこれらを組み合わせた方式等多様な方法が考えられるが、いずれの場合にあっても、設置者が次に掲げる費用を受領する場合の取扱いについては、それぞれ次によること。

- 一 家賃（賃貸借契約以外の契約で受領する利用料のうち、部屋代に係る部分を含む。）

当該有料老人ホームの整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定したものとし、近傍同種の住宅の家賃から算定される額を大幅に上回るものでないこと。

- 二 敷金

敷金を受領する場合には、その額は6か月分を超えないこととし、退去時に居室の原状回復費用を除き全額返還すること。なお、原状回復の費用負担については、「原状回復をめぐるトラブルとガイドライン（再改訂版）」（平成23年8月国土交通省住宅局）を参考にすること。

- 三 介護等その他の日常生活上必要な便宜の供与の対価（以下「サービス費用」という。）

イ 入居者に対するサービスに必要な費用の額（食費、介護費用その他の運営費等）を基礎とする適切な額とすること。

- ロ 多額の前払金を払えば毎月の支払は一切な

く生涯生活を保証するという終身保証契約は、その後において入居者の心身の状況や物価、生活費等の経済情勢が著しく変化することがあり得るので、原則として好ましくないこと。

ハ 設置者が、サービスを提供した都度個々にそのサービス費用を受領する場合については、提供するサービスの内容に応じて人件費、材料費等を勘案した適切な額とすること。

ニ 介護付有料老人ホームにおいて、手厚い職員体制又は個別的な選択による介護サービスとして介護保険外に別途費用を受領できる場合は、「特定施設入居者生活介護事業者が受領する介護保険の給付対象外の介護サービス費用について」(平成12年3月30日付け老企第52号厚生省老人保健福祉局長企画課長通知)の規定によるものに限られていることに留意すること。

(2) 前払い方式(終身にわたって受領すべき家賃又はサービス費用の全部又は一部を前払金として一括して受領する方式)によって入居者が支払を行う場合においては、次の各号に掲げる基準によること。

一 受領する前払金が、受領が禁止されている権利金等に該当しないことを入居契約書等に明示し、入居契約に際し、入居者に対して十分に説明すること。

二 老人福祉法第29条第7項の規定に基づき、前払金の算定根拠を書面で明示するとともに、前払金に係る銀行の債務の保証等の「厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置」(平成18年厚生労働省告示第266号)に規定する必要な保全措置を講じなければならないこと。なお、平成18年3月31日までに届出がされた有料老人ホームについては、保全措置の法的義務づけの経過措置期間が終了し、令和3年4月1日以降の新規入居者については、法的義務対象となることから、同様に必要な保全措置を講じなければならないこと。

三 前払金の算定根拠については、想定居住期間を設定した上で、次のいずれかにより算定することを基本とすること。

①期間の定めがある契約の場合

(1ヶ月分の家賃又はサービス費用) × (契約期間(月数))

②終身にわたる契約の場合

(1ヶ月分の家賃又はサービス費用) × (想定居住期間(月数)) + (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額)

四 サービス費用の前払金の額の算出については、想定居住期間、開設後の経過年数に応じた要介護発生率、介護必要期間、職員配置等を勘

案した合理的な積算方法によるものとする。ただし、サービス費用のうち介護費用に相当する分について、介護保険の利用者負担分を、設置者が前払金により受け取ることは、利用者負担分が不明確となるので不適当であること。

五 前払金の算定根拠とした想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額については、具体的な根拠により算出された額とすること。

六 老人福祉法第29条第8項の規定に基づき、前払金を受領する場合にあっては、前払金の全部又は一部を返還する旨の契約を締結することになっていることから、その返還額については、入居契約書等に明示し、入居契約に際し、入居者に対して十分に説明するとともに、前払金の返還を確実にを行うこと。

七 入居契約において、入居者の契約解除の申し出から実際の契約解除までの期間として予告期間等を設定し、老人福祉法施行規則(昭和38年厚生省令第28号)第21条第1項第一号に規定する前払金の返還債務が義務づけられる期間を事実上短縮することによって、入居者の利益を不当に害してはならないこと。

12 契約内容等

(1) 契約締結に関する手続等

一 契約に際して、契約手続、利用料等の支払方法などについて事前に十分説明すること。特定施設入居者生活介護等の指定を受けた設置者にあっては、入居契約時には特定施設入居者生活介護の提供に関する契約を締結しない場合であっても、入居契約時に、当該契約の内容について十分説明すること。

二 前払金の内金は、前払金の20%以内とし、残金は引渡し日前の合理的な期日以降に徴収すること。

三 入居開始可能日前の契約解除の場合については、既受領金の全額を返還すること。

(2) 契約内容

一 入居契約書において、有料老人ホームの類型(サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けていないものに限る。)、サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、その旨、利用料等の費用負担の額及びこれによって提供されるサービス等の内容、入居開始可能日、身元引受人の権利・義務、契約当事者の追加、契約解除の要件及びその場合の対応、前払金の返還金の有無、返還金の算定方式及びその支払時期等が明示されていること。

二 介護サービスを提供する場合にあっては、心身の状態等に応じて介護サービスが提供される場所、介護サービスの内容、頻度及び費用負担

等を入居契約書又は管理規程上明確にしておくこと。

三 利用料等の改定のルールを入居契約書又は管理規程上明らかにしておくとともに、利用料等の改定に当たっては、その根拠を入居者に明確にすること。

四 入居契約書に定める設置者の契約解除の条件は、信頼関係を著しく害する場合に限るなど入居者の権利を不当に狭めるものとなっていないこと。また、入居者、設置者双方の契約解除条項を入居契約書上定めておくこと。

五 要介護状態になった入居者を一時介護室において処遇する場合には、医師の意見を聴いて行うものとし、その際本人の意思を確認するとともに、身元引受人等の意見を聴くことを入居契約書又は管理規程上明らかにしておくこと。

六 一定の要介護状態になった入居者が、一般居室から介護居室若しくは提携ホームに住み替える契約の場合、入居者が一定の要介護状態になったことを理由として契約を解除する契約の場合、又は、介護居室の入居者の心身の状況に著しい変化があり介護居室を変更する契約の場合にあっては、次の手続を含む一連の手続を入居契約書又は管理規程上明らかにしておくこと。また、一般居室から介護居室若しくは提携ホームに住み替える場合の家賃相当額の差額が発生した場合の取扱いについても考慮すること。

イ 医師の意見を聴くこと。

ロ 本人又は身元引受人等の同意を得ること。

ハ 一定の観察期間を設けること。

七 入居者の債務について、個人の根保証契約を行う場合は、極度額の設定を含み民法の規定に従うこと。

(3) 消費者契約の留意点

消費者契約法（平成12年法律第61号）第二章第二節（消費者契約の条項の無効）の規定により、事業者の損害賠償の責任を免除する条項、消費者が支払う損害賠償の額を予定する条項及び消費者の利益を一方的に害する条項については無効となる場合があることから、入居契約書の作成においては、十分に留意すること。

(4) 重要事項の説明等

老人福祉法第29条第5項の規定に基づく情報の開示において、老人福祉法施行規則第20条の5第十四号に規定する入居契約に関する重要な事項の説明については、次の各号に掲げる基準によること。

一 入居契約に関する重要な事項を説明するため、別紙様式〔略〕に基づき「重要事項説明書」（以下「重要事項説明書」という。）を作成するものとし、入居者に誤解を与えることがないよう必要な事項を実態に即して正確に記載すること。なお、同様式の別添1「事業者が運営

する介護サービス事業一覧表」及び別添2「入居者の個別選択によるサービス一覧表」は、重要事項説明書の一部をなすものであることから、重要事項説明書に必ず添付すること。

二 重要事項説明書は、老人福祉法第29条第5項の規定により、入居相談があったときに交付するほか、求めに応じ交付すること。

三 入居希望者が、次に掲げる事項その他の契約内容について十分理解した上で契約を締結できるよう、契約締結前に十分な時間的余裕をもって重要事項説明書及び実際の入居契約の対象となる居室に係る個別の入居契約書について説明を行うこととし、その際には説明を行った者及び説明を受けた者の署名を行うこと。

イ 設置者の概要

ロ 有料老人ホームの類型（サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けていないものに限る。）

ハ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合、その旨

ニ 有料老人ホームの設置者又は当該設置者に関係する事業者が、当該有料老人ホームの入居者に提供することが想定される介護保険サービスの種類

ホ 入居者が希望する介護サービスの利用を妨げない旨

四 有料老人ホームの設置時に老人福祉法第29条第1項に規定する届出を行っていない場合や、本指針に基づく指導を受けている場合は、重要事項説明書にその旨を記載するとともに、入居契約に際し、入居希望者に対して十分に説明すること。

(5) 体験入居

既に開設されている有料老人ホームにおいては、体験入居を希望する入居希望者に対して、契約締結前に体験入居の機会の確保を図ること。

(6) 入居者募集等

一 入居募集に当たっては、パンフレット、募集広告等において、有料老人ホームの類型（サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けていないものに限る。）、サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている場合は、その旨及び特定施設入居者生活介護等の種類を明示すること。

二 誇大広告等により、入居者に不当に期待を抱かせたり、それによって損害を与えたりするようなことがないように、実態と乖離のない正確な表示をするとともに、「有料老人ホーム等に関する不当な表示」（平成16年公正取引委員会告示第3号。以下「不当表示告示」という。）を遵守すること。特に、介護が必要となった場合の介護を行う場所、介護に要する費用の負担、介護を行う場所が入居している居室でない場合の当該居室の利用権の存否等については、入居

者に誤解を与えるような表示をしないこと。

(7) 苦情解決の方法

入居者の苦情に対し迅速かつ円滑な解決を図るため、設置者において苦情処理体制を整備するとともに、外部の苦情処理機関について入居者に周知すること。

(8) 事故発生の防止の対応

有料老人ホームにおける事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じること。

一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。

二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策について、職員に周知徹底を図る体制を整備すること。

三 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び職員に対する研修を定期的に行うこと。

四 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(9) 事故発生時の対応

有料老人ホームにおいて事故が発生した場合にあっては、次の措置を講じること。

一 入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに都道府県、指定都市又は中核市及び入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じること。

二 前号の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

三 設置者の責めに帰すべき事由により、入居者に賠償すべき事故が発生した場合は、入居者に対しての損害賠償を速やかに行うものとする。

13 情報開示

(1) 有料老人ホームの運営に関する情報

設置者は、老人福祉法第29条第5項の情報開示の規定を遵守し、入居者又は入居しようとする者に対して、重要事項説明書を書面により交付するとともに、パンフレット、重要事項説明書、入居契約書（特定施設入居者生活介護等の提供に関する契約書を含む。）、管理規程等を公開するものとし、求めに応じ交付すること。

(2) 有料老人ホームの経営状況に関する情報

次の事項に留意すること。

イ 貸借対照表及び損益計算書又はそれらの要旨についても、入居者及び入居希望者の求めに応じ閲覧に供すること。

ロ 有料老人ホームの経営状況・将来見通しに関

する入居者等の理解に資する観点から、事業収支計画についても閲覧に供するよう努めるとともに、貸借対照表等の財務諸表について、入居者等の求めがあればそれらの写しを交付するよう配慮すること。

(3) 有料老人ホーム情報の報告

設置者は、老人福祉法第29条第9項の規定に基づき、有料老人ホーム情報を都道府県知事に対して報告すること。

(4) 有料老人ホーム類型の表示

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けていない有料老人ホームの設置者は、有料老人ホームの類型を、別表「有料老人ホームの類型」とおり分類し、パンフレット、新聞等において広告を行う際には、施設名と併せて表示することとし、同別表中の表示事項についても類型に併記すること。ただし、表示事項については、同別表の区分により難いと特に認められる場合には、同別表の区分によらないことができること。

(5) 介護の職員体制に関する情報

有料老人ホームの類型の表示を行う場合、介護に関わる職員体制について「1.5：1以上」、「2：1以上」又は「2.5：1以上」の表示を行うとする有料老人ホームにあっては、介護に関わる職員の割合を年度ごとに算定し、表示と実態の乖離がないか自ら検証するとともに、入居者等に対して算定方法及び算定結果について説明すること。

14 電磁的記録等

(1) 作成、保存その他これらに類するものうち、この指導指針の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（(2)に規定するものを除く。）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。

(2) 交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下、「交付等」という。）のうち、この指導指針の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方（入居者等）の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他の知覚によっては認識することができない方法を用いる。）によることができる。

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	
記入者名	
所属・職名	

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	
名称	(ふりがな)	
主たる事務所の所在地	〒	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	
	職名	
設立年月日	年 月 日	
主な実施事業	※別添 1（別の実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな)	
所在地	〒	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・〇〇バスで乗車〇分、△△停留所で下車、徒歩〇分 (〇〇〇m) ②自動車利用の場合 ・乗車〇分
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		年 月 日

(類型)【表示事項】

1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県 (市)
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

前払金等関係
(有料老人ホーム)

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
（有料老人ホーム）

前払金等関係
（有料老人ホーム）

3. 建物概要

土地	敷地面積	㎡				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
所有関係	契約期間	1 あり (年月日～年月日)				
	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体				㎡
		うち、老人ホーム部分				㎡
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他（ ）				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他（ ）				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり (年月日～年月日)				
所有関係	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者居室を含む）				
		2 相部屋あり				
最少		人部屋				
	最大	人部屋				
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※	
タイプ1	有/無	有/無	㎡			
タイプ2	有/無	有/無	㎡			
タイプ3	有/無	有/無	㎡			
タイプ4	有/無	有/無	㎡			
タイプ5	有/無	有/無	㎡			
タイプ6	有/無	有/無	㎡			

	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。							
共用施設	共用便所における 便房	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		ヶ所		
	共用浴室	ヶ所	個室		ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
			ストレッチャー浴		ヶ所		
			その他 ()		ヶ所		
	食堂	1	あり	2	なし		
	入居者や家族が利 用できる調理設備	1	あり	2	なし		
エレベーター	1	あり (車椅子対応)	2	あり (ストレッチャー対応)	3	あり (上記1・2に該当しない)	
	4	なし					
消防用設備 等	消火器	1	あり	2	なし		
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし		
	火災通報設備	1	あり	2	なし		
	スプリンクラー	1	あり	2	なし		
	防火管理者	1	あり	2	なし		
	防災計画	1	あり	2	なし		
緊急通報装 置等	居室	便所	浴室	その他 ()			
	1 あり	1 あり	1 あり	1 あり			
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり			
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし			
その他							

4. サービス等の内容

（全体の方針）

運営に関する方針	
サービスの提供内容に関する特色	
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

（介護サービスの内容） ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
(III)		1 あり 2 なし	
介護職員処遇改善加算	(I)	1 あり 2 なし	
	(II)	1 あり 2 なし	
	(III)	1 あり 2 なし	
	(IV)	1 あり 2 なし	
	(V)	1 あり 2 なし	

	介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし	
従前の居室との	面積の増減	1 あり 2 なし	

仕様の変更	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項			
契約解除の内容			
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	ヶ月	
入居者からの解約予告期間	ヶ月		
体験入居の内容	1 あり (内容:) 2 なし		
入居定員	人		
その他			

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者				
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				

調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				
<p>※1 常勤換算人数とは、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で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p>				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	人	人

（特定施設入居者生活介護等の提供体制）

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 （一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 （記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数）	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制（外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

（職員の状況）

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等	1 あり								
		資格等の名称								
2 なし										
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数										
前年度1年間の退職者数										
志じた業務に従事した経験年数に 志じた職員の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
10年未満										
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	
	手続き	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	m ²	m ²	
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		円	円	
家賃		円	円	
サービス費用 ※	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外	食費	円	円
		管理費	円	円
		介護費用	円	円
	光熱水費	円	円	

	その他	円	円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。			
※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）			

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	
敷金	家賃の 月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	
食費	
光熱水費	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の	1 連帯保証を行う銀行等の名称	

保全先	2	信託契約を行う信託会社等の名称	
	3	保証保険を行う保険会社の名称	
	4	全国有料老人ホーム協会	
	5	その他（名称： _____ ）	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率 [※]	%
[※] 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

（前年度における退去者の状況）

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

（利用者からの苦情に対応する窓口等の状況）※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		
電話番号		
対応している時間	平日	
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

（サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応）

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容)
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

（利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等）

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	

況	評価機関名称		
	結果の開示	1 あり	2 なし
2 なし			

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
2 代替措置なし		
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関	1 あり 2 なし	

する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

介護サービス等の種類			併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
＜地域密着型介護予防サービス＞					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

指定に関する事務処理関係

設置運営標準指導指針等
(有料老人ホーム)

(有料老人ホーム)
前払金等関係

別添 2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無	実施するサービス			備考
	包含 ^{※2}	都度 ^{※3}	料金 ^{※3}	
介護サービス	なし	あり	なし	あり
食事介助	なし	あり	なし	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	
おむつ代	なし	あり	なし	
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	
特浴介助	なし	あり	なし	
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	
機能訓練	なし	あり	なし	
通院介助	なし	あり	なし	※付添いのできる範囲を明確化すること
生活サービス	なし	あり	なし	
居室清掃	なし	あり	なし	
リネン交換	なし	あり	なし	
日常の洗濯	なし	あり	なし	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	
おやつ	なし	あり	なし	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	
買い物代行	なし	あり	なし	
役所手続き代行	なし	あり	なし	※利用のできる範囲を明確化すること
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	
健康管理サービス	なし	あり	なし	
定期健康診断	なし	あり	なし	※回数(年〇回など)を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	
服薬支援	なし	あり	なし	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	
入退院時・入院中のサービス	なし	あり	なし	
入退院時の同行	なし	あり	なし	※付添いのできる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	

※1: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2割の利用者負担)。

※2: 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に区分して、いずれかの欄に〇を記入する。

※3: 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

別 表

有料老人ホームの類型

類 型	類 型 の 説 明
介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)	介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら当該有料老人ホームの居室で生活を継続することが可能です。(介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては介護付と表示することはできません。)
介護付有料老人ホーム (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)	介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら当該有料老人ホームの居室で生活を継続することが可能です。(有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業所が提供します。特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては介護付と表示することはできません。)
住宅型有料老人ホーム(注)	生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、地域の訪問介護等の介護サービスを利用しながら当該有料老人ホームの居室での生活を継続することが可能です。
健康型有料老人ホーム(注)	食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければなりません。

注) 特定施設入居者生活介護の指定を受けていないホームにあつては、広告、パンフレット等において「介護付き」、「ケア付き」等の表示を行ってはいけません。

有料老人ホームの表示事項

表 示 事 項	表 示 事 項 の 説 明	
居住の権利形態(右のいずれかを表示)	利用種方式	建物賃貸借契約及び終身建物賃貸借契約以外の契約の形態で、居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているものです。
	建物賃貸借方式	賃貸住宅における居住の契約形態であり、居住部分と介護等のサービス部分の契約が別々になっているものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容は有効になりません。
	終身建物賃貸借方式	建物賃貸借契約の特別な類型で、都道府県知事から高齢者の居住の安定確保に関する法律の規定に基づく終身建物賃貸借事業の認可を受けたものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容が有効です。
利用料の支払い方式 (注1・注2)	全額前払い方式	終身にわたって受領する家賃又はサービス費用の全部を前払金として一括して受領する方式
	一部前払い・一部月払い方式	終身にわたって受領する家賃又はサービス費用の一部を前払いとして一括受領し、その後は月払いする方式
	月払い方式	前払金を受領せず、家賃又はサービス費用を月払いする方式
	選択方式	入居者により、全額前払い方式、一部前払い・一部月払い方式、月払い方式のいずれかを選択できます。どの方式を選択できるのかを併せて明示する必要があります。
入居時の要件(右のいずれかを表示)	入居時自立	入居時において自立である方が対象です。
	入居時要介護	入居時において要介護認定を受けている方(要支援認定を受けている方を除く)が対象です。
	入居時要支援・要介護	入居時において要支援認定又は要介護認定を受けている方が対象です。
	入居時自立・要支援・要介護	自立である方も要支援認定・要介護認定を受けている方も入居できます。
介護保険(※※に都道府県名を入れて表示)	※※県(市)指定介護保険特定施設 (一般型特定施設)	介護が必要となった場合、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスを利用することができます。介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。(注3)

有料老人ホーム設置者等からの報告の徴収について

(平成30年3月30日 老高発0330第3号 介護保険最新情報Vol.643)

標記については、「有料老人ホーム設置者等からの報告の徴収について」(平成27年7月30日老高発0730第1号老健局高齢者支援課長通知)により行われてきたところである。

今般、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の施行により、有料老人ホームの事業運営に係る情報について、有料老人ホームの設置者による報告及び都道府県知事による公表を義務づけることに伴い、その取扱いを変更することとしたので、今後は次により行うこととされたい。

なお、「有料老人ホーム設置者等からの報告の徴収について」(平成27年7月30日老高発0730第1号老健局高齢者支援課長通知)は、廃止する。

1 有料老人ホームの経営状況等に関する報告徴収

有料老人ホームを設置し、運営している者から、次により関係書類等を提出させること。

- (1) 直近の事業年度の貸借対照表、損益計算書等の財務諸表を毎年提出させること。
- (2) 他業を営んでいる場合には、他業に係る上記(1)の関係書類及び親会社がある場合には当該親会社の業務に係る上記(1)の関係書類を併せて提出させること。
- (3) 役員及び施設長に変動があった場合には、当該役員等の履歴書及び役員名簿を速やかに提出させること。
- (4) 少なくとも3年毎に設置者に事業収支計画の見直しを行わせることとし、財務諸表との乖離がある場合には、その原因、対処方針等を報告させること。

2 有料老人ホームの標準指導指針の別紙様式「重要事項説明書」に基づいて作成した文書（以下「重要事項説明書」という。）の提出

有料老人ホームの施設等に関する報告徴収に当たっては、以下のとおりとする。

(1) 設置等に際しての提出

有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けようとする有料老人ホームを除く。）を設置しようとする者については、老人福祉法第29条に基づく設置の届出（以下「届出」という。）事項として重要事項説明書の提出を受けることとする。

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けようとする有料老人ホームについては、登録申請時に重要事項説明書の提出を受けることとする。

(2) 定期的報告徴収

都道府県知事等が定める期日までに、都道府県知事等が定める期日における各有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームを含む。）の現況報告等について、重要事項説明書により求めること。

3 有料老人ホームに関する情報提供等

各都道府県、指定都市及び中核市（以下「都道府県等」という。）においては、有料老人ホームから提出を受けた重要事項説明書について、貴管下市町村、福祉事務所等に配布し、もって利用者に対する情報提供に努められたい。

なお、重要事項説明書は、利用者に対する情報提供に資するという目的から最小限必要と思われる事項について示したものであり、利用者からの要望等を踏まえて、各都道府県等において、さらに付加することは差し支えない。

4 その他

労働者災害補償保険法第29条に規定する社会復帰促進等事業として設置又は運営する労災特別介護施設及び主として老人の福祉を図る観点から老人を入所させ食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設ではなく、主として労災被災労働者の福祉を目的としたその他の施設については、老人福祉法第29条に規定する有料老人ホームに該当しないので留意されたい。

有料老人ホーム情報提供制度実施要領について

（平成30年3月30日 老高発0330第4号 介護保険最新情報Vol.644）

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）による改正後の老人福祉法（昭和38年法律第133号）第29条第9項及び第10項の規定に基づき、有料老人ホームに入居しようとする者が有料老人ホームの選択を適切に行うために必要な情報について、有料老人ホームの設置者が都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の長（以下「都道府県知事等」という。）に報告する事項、都道府県知事等による公表の方法等を定めるため、介護保険法施行規則等の一部を改正する等の省令（平成30年厚生労働省令第30号）を公布したところである。

今般、その具体的な実施方法等については、別添「有料老人ホーム情報提供制度実施要領」により実施することとしたので御了知の上、貴管下関係者等への周知方よろしく取り計らい願いたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項に規定する技術的な助言に該当するものである。

有料老人ホーム情報提供制度実施要領

第1 目的

本要領は、老人福祉法（昭和38年法律第133号。以下「法」という。）第29条第9項及び第10項の規定に基づき、有料老人ホーム情報（有料老人ホームにおいて供与をする介護等の内容及び有料老人ホームの運営状況に関する情報であって、有料老人ホームに入居しようとする者等（以下「利用者」という。）が有料老人ホームの選択を適切に行うために必要なものをいう。）について、有料老人ホームの設置者（以下「設置者」という。）が都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の長（以下「都道府県知事等」という。）に報告する事項及び方法並びに都道府県知事等による当該情報の公表方法等に関する具体的な実施方法を示すことにより、都道府県、指定都市及び中核市（以下「都道府県等」という。）が実施する有料老人ホーム情報提供制度の統一かつ効率的な運営を図り、利用者による有料老人ホームの適切な選択を支援することを目的とする。

第2 情報の取扱

本制度は、設置者が有料老人ホーム情報を当該有料老人ホームの所在地の都道府県知事等に対して報告し、都道府県知事等は、原則、報告を受けた有料老人ホーム情報を公表するものとする。

設置者は、有料老人ホーム情報について、正確かつ適切な情報を提供するともに、利用者からの相談等に適切に応じるよう努めることとする。

また、設置者は、既に都道府県知事等に対して報告を行った有料老人ホーム情報について誤りがあった場合、都道府県知事等に対し速やかにその訂正を申し出ることとし、当該都道府県知事等は速やかに所要の是正措置を行うものとする。

第3 運営体制

本制度は、各都道府県等の福祉部局において運営

することを基本とするが、必要に応じて当該都道府県等の他部局との連携を図ることとする。

都道府県等は、本制度について外部の法人等へ制度の実施に関する事務を委託することは差し支えない。この場合において、利用者への情報提供が円滑に行われるよう、運営に関して委託先と相互に緊密な連携・調整を図ることとする。

都道府県等は、利用者からの有料老人ホーム情報に関する質問・相談及びそれに対する助言等については、利用者からの照会に適切に対応できるよう、質問・相談に関する窓口を設ける等、必要な措置を講じるよう努めることとする。

本制度は、都道府県知事等が、設置者から報告された有料老人ホーム情報を公表することを義務付けるものであるが、各都道府県等において、独自の情報提供体制により既に実施している場合には、当該情報提供体制と別に本制度の実施を目的とした情報提供体制の整備を行うことを求めるものではない。

第4 有料老人ホーム情報の報告

1 有料老人ホーム情報の具体的内容

都道府県知事等は、設置者に対し、都道府県知事等が定める期日における老人福祉法施行規則（昭和38年厚生省令第28号。以下「規則」という。）別表第1に掲げる事項について、都道府県知事等が定める期日の情報について報告を行わせるものとする。

2 有料老人ホーム情報の報告時期

- (1) 都道府県知事等は、設置者に対し、1年に1回以上報告を行わせるものとする。当該報告の提出期限は、各都道府県の実情に応じて事業者ごとに適宜定めても差し支えない。
- (2) 都道府県知事等は、設置者が報告を行った規則別表第1に掲げる事項のうち、同表に掲げる施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先、有料老人ホームの類型、居室の状況、介護等の内容等、入居対象となる者、介護等を利用するに当たっての利用料等に関する事項（以下「基本情報」という。）について変更があった場合には、設置者に対して速やかに変更の報告を行わせるものとする。

3 有料老人ホーム情報の報告方法

- (1) 都道府県知事等は、書面又は電子媒体による調査票の送付及び回収等、自らの定める方法により、設置者に対して有料老人ホーム情報を報告させることとする。
なお、調査票の様式については、各都道府県知事等が定めるものとする。また、2回目以降の報告方法については、前回報告のあった調査票の変更をもって行うこととしても差し支えない。

(2) 有料老人ホーム情報の変更の報告は次により行う。

ア 基本情報については、有料老人ホームに係る重要な事項であるため、設置者に対して、変更の日から1月以内に各都道府県知事等の定める方法により報告を行わせることとする。

なお、法第29条第2項の規定に基づく変更の

届出を行うべき事由がある場合には、当該報告は当該届出の内容で足りる場合には、当該届出をもって代えても差し支えない。

イ 規則別表第1に掲げる事項のうち、基本情報以外の事項については、規則第21条の3に規定する報告（以下「定期的な報告」という。）に併せて行わせることとする。また、当該事項について、利用者による有料老人ホームの選択に資するため、適切な情報を提供する観点から、都道府県知事等は、設置者に対して、有料老人ホーム情報に変更があった場合に、定期的な報告に加えて随時報告させることとしても差し支えない。

4 有料老人ホーム情報の確認

都道府県等において、報告された有料老人ホーム情報の全部又は一部について、照会・確認等を行ったにもかかわらず、適切な応答がなされず内容の確認ができない期間や、是正指導を行ってからは是正がなされるまでの期間においては、報告された情報のうち、真偽が未確認である情報について、公表することを一時的に停止することは、本制度の目的からみて差し支えないこととする。この場合において、未確認である当該情報については、照会及び確認の過程である等の旨が利用者に分かるよう所要の措置を講ずることとする。

第5 有料老人ホーム情報の公表

1 有料老人ホーム情報の公表時期

情報の公表の実施については、各都道府県の実情に応じて適宜実施することとする。

2 有料老人ホーム情報の公表方法

- (1) 都道府県知事等は、インターネットを通じ、設置者から報告された有料老人ホーム情報を公表するものとする。
- (2) 都道府県知事等は、インターネットを利用できない環境にある利用者に配慮し、インターネット

を通じた公表と併せて、都道府県等の担当部署等において、書面による閲覧又はPC等のモニター画面での表示等により、公表するものとする。また、都道府県等が、電話による照会への対応等、独自の取組を行うこととしても差し支えない。

(3) 都道府県知事等は、第1の目的及び第2の情報の取扱いについて、有料老人ホーム情報を公表する際に、インターネットを通じたシステム上で示すこととする。

(4) 都道府県知事等は、隣接する都道府県等の公表する有料老人ホーム情報についても利用者が活用できるように、当該情報を公表しているホームページをリンク先として設定する等、適切な措置を講ずるよう努めることとする。

この点に関し、都道府県知事等は、隣接する他の都道府県から有料老人ホーム情報に関するリンクの設定等の依頼があった場合は、これに応じるよう努めることとする。

第6 その他

次のような場合にあっては、別途本制度に基づく報告を求める必要はない。

- ・介護サービス情報公表制度に基づき、特定施設入居者生活介護事業者として、都道府県知事等に報告を行い、情報公表を行っている場合であって、当該報告において有料老人ホーム情報の項目が網羅されている場合
- ・都道府県から設置者に対して重要事項説明書の提出を求めている場合であって、当該報告において有料老人ホーム情報の項目が網羅されている場合
- ・有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅について、サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムにおいて情報を公表している場合であって、当該情報が有料老人ホーム情報の項目が網羅されている場合

有料老人ホームの一覧表の作成・公表及び サービス付き高齢者向け住宅に対する住所地特例に係る 事務の周知について（協力依頼）〔抄〕

（平成27年2月26日 老介発0226第2号・老高発0226第2号・国住心第188号）

介護保険制度の円滑な運営につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）第5条による介護保険法（平成9年法律第123号）第13条の改正により、平成27年4月1日から、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号。以下「高齢者住まい法」という。）第5条第1項の登録を受けたサービス付き高齢者向け住宅である有料老人ホームについても、他の有料老人ホームと同様に、特定施設として住所地特例の対象とすることとしています。

これに伴い、保険者において、新たに住所地特例の対象となるサービス付き高齢者向け住宅である有料老人ホームを他の有料老人ホームと合わせて適切に把握できるようにする必要があるため、都道府県、指定都市及び中核市（以下「都道府県等」という。）におかれましては、下記のとおり、住所地特例対象である有料老人ホームの一覧表を作成の上、都道府県等のホームページにおいて公表していただきますようお願いいたします。

また、新たに住所地特例の対象となるサービス付き高齢者向け住宅に対して、住所地特例に係る事務の周知に特段のご配慮をいただきますようお願いいたします。

記

1 有料老人ホームの一覧表の作成・公表に係る事務について

(1) 公表対象の施設及び項目
別紙1.1のとおり。

(2) サービス付き高齢者向け住宅の登録情報に係る情報連携

有料老人ホームの作成・公表を行う部局（原則として福祉部局を想定）において、随時、サービス付き高齢者向け住宅の登録情報を把握されていない場合については、サービス付き高齢者向け住宅の登録業務を行う部局から、有料老人ホームの一覧表の公表及び作成にあたって必要な情報の提供を受ける等の円滑な連携をお願いいたします。情報連携にあたっての留意事項は別紙1.2〔略〕

のとおりです。

(3) 有料老人ホームの一覧表の作成・公表

平成27年4月1日の施行に向けて、同年3月1日時点で把握している有料老人ホームについて一覧表を作成し、同年3月20日までに都道府県等のホームページに公表していただきますようお願いいたします（ホームページの例は参考のとおり）。作成・公表にあたっての留意事項については、別紙1.3のとおりです。

(4) 有料老人ホームの一覧表の公表ページのリンクの報告

都道府県等別のホームページのURLを一覧表にして厚生労働省のホームページにおいて掲載するため、各都道府県において、管内の指定都市及び中核市分もとりまとめた上で、別添のとおり、掲載するホームページのURLと公表開始日のご報告をいただきますようお願いいたします。

なお、ご報告いただいたURLを掲載する厚生労働省のホームページのURLについては別途お知らせさせていただきます。

2 サービス付き高齢者向け住宅に対する住所地特例に係る事務の周知について

高齢者住まい法第5条第1項の登録を受けたサービス付き高齢者向け住宅については、以下のいずれかの場合にあっては、住所地特例の対象となることや、住所地特例の対象だったものが対象でなくなることが生じることとなるため、登録事業者に対して、以下のいずれかの場合に該当する登録事項の変更を行う際には、その変更日前にあらかじめその旨を住宅の登録を行っている部局に連絡するよう協力依頼をしていただきますようお願いいたします。

① 「入浴、排せつ若しくは食事の介護」、「食事の提供」、「洗濯、掃除等の家事」又は「健康管理」のいずれかを実施することに変更することにより、有料老人ホームに該当することとなる場合又はいずれも実施しないことに変更することにより有料老人ホームに該当しないこととなる場合

② 介護専用型特定施設であって、戸数を30戸未満から30戸以上に変更する場合又は30戸以上から30戸未満に変更する場合

有料老人ホームの一覧表の作成・公表について

別紙1

1 公表対象の施設及び項目

(1) 公表対象施設

現に住所地特例の対象になっている有料老人ホーム(※①)及び対象となる予定のもの(※②)について、一覧表を分けて公表する。

※公表対象は本来、住所地特例の対象となっている有料老人ホームであるが、住所地特例適用開始日と一覧の更新日にはタイムラグが発生してしまうため、住所地特例の対象となる予定のものについても住所地特例適用開始日より前から公表する必要があることから、現に住所地特例の対象となっているものである一覧とは分けて公表する。

① 現に住所地特例の対象となっている有料老人ホームの一覧(以下、「本表」という。)

- ・一覧更新時点において事業が開始されており、「入浴、排せつ若しくは食事の介護」、「食事の提供」、「洗濯、掃除等の家事」又は「健康管理」のいずれかを行っているもの

② 住所地特例の対象となる予定の有料老人ホームの一覧(以下、「別表」という。)

- ・有料老人ホームの届出はしたが、事業が開始されていない施設
- ・サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているもので、有料老人ホームに該当するが、事業が開始されていないもの
- ・サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているもので、現在は有料老人ホームに該当しないが、有料老人ホームに該当する予定として連絡を受けたもの等

※住所地特例対象の施設ではない以下のもの(図の斜線部分)については、一覧に含めないこととしているので留意が必要。(以下に該当するかどうかの判定方法については、※3参照。)

- ・有料老人ホームに該当しないサービス付き高齢者向け住宅
- ・地域密着型特定施設

[編注:(2)(3)は略]

2 サービス付き高齢者向け住宅の登録情報に係る情報連携〔略〕

3 有料老人ホーム一覧表の作成

有料老人ホーム一覧を作成する部局

(1) 公表対象施設の選定(対象施設は以下のI及びII)

I サービス付き高齢者向け住宅の登録情報からA及びBを除外したものを本表、C及びDを別表の対象とする。

A 有料老人ホームに該当しない(該当予定でもない)住宅(※3)

B 地域密着型特定施設に該当する住宅(※4)

C 有料老人ホームに該当する予定の住宅のうち、地域密着型特定施設に該当せず、次の一覧更新時点で事業が開始されていないもの

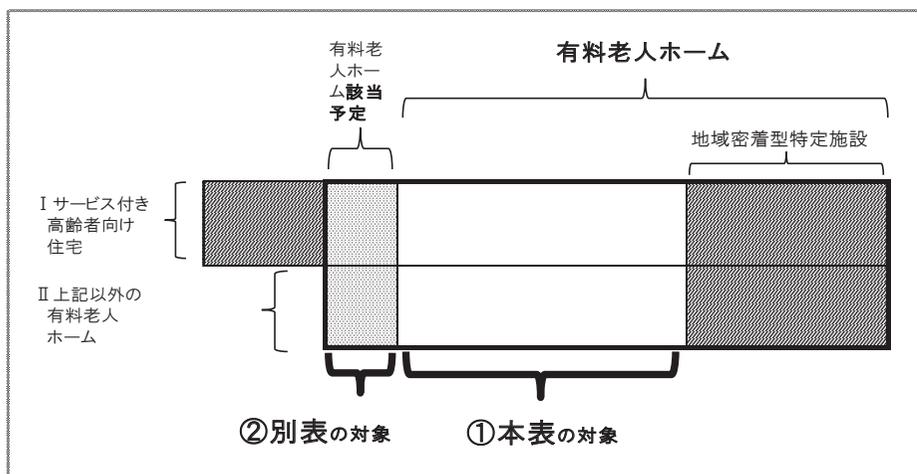
D サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているもので、現在は有料老人ホームに該当しないが、有料老人ホームに該当する予定として連絡を受けたもの(地域密着型特定施設に該当するものを除く)

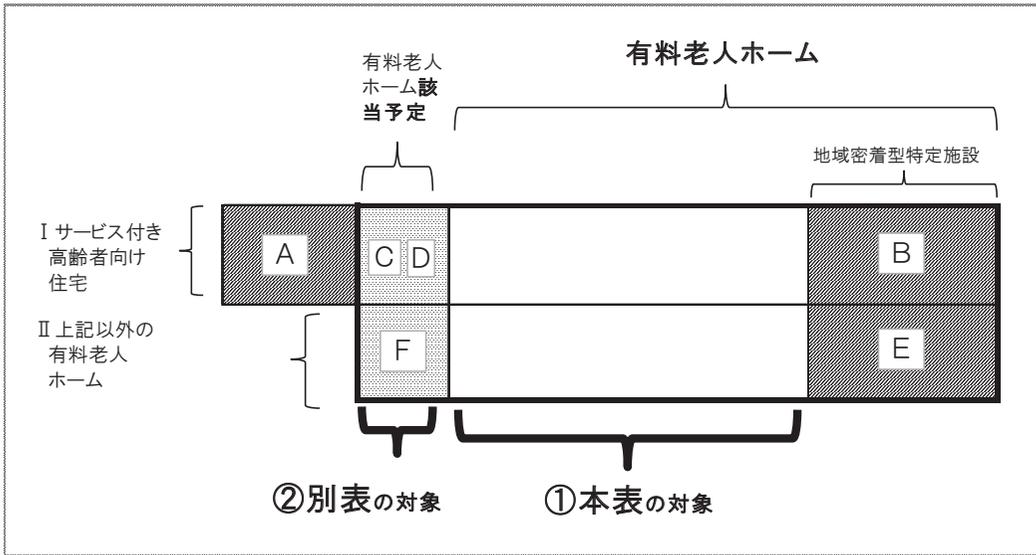
II サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けていない有料老人ホーム(老人福祉法上の有料老人ホームの定義に該当するもの(※5))のうちEを除外したものを本表とし、Fを別表の対象とする。

E 地域密着型特定施設に該当するもの

※前述のとおりだが、介護保険法に基づく地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けているかどうかに関わらず、地域密着型特定施設に該当する場合は住所地特例の対象にならないことに留意が必要。

F 設置届の受理はしているが、次の一覧更新時点で事業が開始されていないもの





（※3） 有料老人ホーム一覧に掲載するかどうかの判定について（A）

- サービス付き高齢者向け住宅の登録事項として、「入浴、排せつ若しくは食事の介護」、「食事の提供」、「洗濯、掃除等の家事」又は「健康管理」に係るサービスの提供の有無は明記されていることから、この内容をもって、いずれかを行うと登録している場合は一覧の掲載の対象とし、いずれも行わないと登録されている場合は一覧の掲載の対象としないことと判断して差し支えない。
- また、事業開始後に、登録情報と異なっていたことが判明した時点で、一覧表を変更する。（その際の公表方法は、新規又は廃止の場合と同様とする。）

（※4） 地域密着型特定施設に該当するかどうかの判定について（B）

有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅であっても、介護専用型特定施設のうち、その入居定員が29人以下であるものについては、介護保険法に基づく地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けているものでなくとも地域密着型特定施設に該当し、住所地特例の対象とならない（介護保険法第8条第11項、第20項及び第13条第1項第二号並びに介護保険法施行規則第17条の6）ため、一覧から除外する必要がある。

このため、サービス付き高齢者向け住宅について、地域密着型特定施設に該当するかどうかの判定する方法を以下のとおりとする。

【介護専用型特定施設に該当するかどうかの判定】

- 地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けているなど、都道府県等において、入居時要件を要介護者とその配偶者等に限定していると明確に把握しているもののみ、介護専用型特定施設として判定することとする。

【入居定員29人以下に該当するかどうかの判定】

- 地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けていないサービス付き高齢者向け住宅については、戸数を入居定員とみなすこととし、29戸以下であれば入居定員29人以下として判定することとする。
- 原則は上記の取扱いとするが、都道府県や所在地市町村がサービス付き高齢者向け住宅の登録事業者に対して調査等を行うことにより、サービス付き高齢者向け住宅の入居想定人数を把握している場合は、その人数を定員とみなして、地域密着型特定施設に該当するかどうか判定を行うことも可能とする。
- なお、当該判定により、戸数を定員とみなして地域密着型特定施設と判定していたサービス付き高齢者向け住宅が地域密着型特定施設に該当しないこととなった場合、定員とみなす入居想定人数の判明後に住所地特例の適用を開始することとする。

(※5) 有料老人ホームの定義に該当するものの取扱い

- 老人福祉法の定義上、食事の提供等を行うものについては「有料老人ホーム」として位置づけ、あらかじめ届出を行うことを事業者に義務付けている。
- 一方で、届出を行っていない事業者も実際には存在するところであるが、これらについては、
 - ① 地方公共団体において、その実態を踏まえて、有料老人ホームであることを判断しているもの
 - ② 地方公共団体において、十分に実態を把握できていないことなどにより、有料老人ホームであることを判断できていないものに大きく分けられる。
- 一覧表の作成上、①については、以下の点に留意していただきたい。
 - ・ 情報提供等により、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム要件に該当すると思われる施設を把握した場合は、当該施設に対する訪問調査などを実施し、有料老人ホームへの該当性を確かめる。
 - ・ 有料老人ホームに該当することが特定できた施設については、その事業者に対して届出を促した上で、必要に応じて通知等を行い、当該施設については、老人福祉法、介護保険法その他の法律において「有料老人ホーム」として取り扱われることなどを伝える。
- なお、②については、引き続き把握に努めることとなるが、その間、実務的には一覧表に記載できないものと考えられる。

[編注：(2)(3)は略]

厚生労働大臣が定める有料老人ホームの 設置者等が講ずべき措置

（平成18年3月31日 厚生労働省告示第266号）
（最終改正；令和3年3月15日 厚生労働省告示第73号）

老人福祉法施行規則（昭和38年厚生省令第28号）第1条の13及び第20条の10の規定に基づき、厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置を次のように定め、平成18年4月1日から適用する。〔略〕

- 一 老人福祉法施行規則（昭和38年厚生省令第28号）第1条の13の厚生労働大臣が定める措置は次に掲げるいずれかの措置とする。
 - イ 銀行、信託会社、信用金庫、農林中央金庫、商工組合中央金庫、信用協同組合で出資の総額が5,000万円以上であるもの、労働金庫又は宅地建物取引業法（昭和27年法律第176号）第41条第1項第一号の国土交通大臣が指定する者（以下「銀行等」という。）との間において、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う者が前払金（老人福祉法施行規則第1条の13に規定する前払金をいう。以下この号において同じ。）の返還債務を負うこととなった場合において当該銀行等がその債務のうち保全金額（前払金のうち、あらかじめ契約で定めた予定償却期間のうち残存する期間に係る額又は500万円のいずれか低い方の金額以上の金額をいう。以下この号において同じ。）に相当する部分を連帯して保証することを委託する契約を締結すること。
 - ロ 保険事業者（保険業法（平成7年法律第105号）第3条第1項又は第185条第1項の免許を受けて保険業を行う者をいう。以下同じ。）との間において、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う者が受領した前払金の返還債務の不履行により当該認知症対応型老人共同生活援助事業が行われる住居の入居者に生じた損害のうち当該返還債務の不履行に係る保全金額に相当する部分を当該保険事業者がうめることを約する保証保険契約を締結すること。
 - ハ 信託会社等（信託会社及び信託業務を営む金融機関をいう。以下同じ。）との間において、保全金額につき前払金を支払った入居者を受益者とする信託契約（金融機関の信託業務の兼営等に関する法律（昭和18年法律第43号）第6条の規定により元本補てんの契約をしたもの又は

信託契約により保全金額に相当する部分が保全されるものに限る。以下同じ。）を締結すること。

- 二 一般社団法人又は一般財団法人で高齢者の福祉の増進に寄与することを目的として設立されたものとの間において、前払金について認知症対応型老人共同生活援助事業を行う者が返還債務を負うこととなる場合に備えた保全のための契約を締結することであって、イからハまでに掲げる措置に準ずるものとして都道府県知事が認めるもの。
- 二 老人福祉法施行規則第20条の10の厚生労働大臣が定める措置は次に掲げるいずれかの措置とする。
 - イ 銀行等との間において、有料老人ホームの設置者が一時金（老人福祉法施行規則第20条の5第十一号に規定する一時金をいう。以下同じ。）の返還債務を負うこととなった場合において当該銀行等がその債務のうち保全金額（一時金のうち、あらかじめ契約で定めた予定償却期間のうち残存する期間に係る額又は500万円のいずれか低い方の金額以上の金額をいう。以下この号において同じ。）に相当する部分を連帯して保証することを委託する契約を締結すること。
 - ロ 保険事業者との間において、有料老人ホームの設置者が受領した一時金の返還債務の不履行により当該有料老人ホームの入居者に生じた損害のうち当該返還債務の不履行に係る保全金額に相当する部分を当該保険事業者がうめることを約する保証保険契約を締結すること。
 - ハ 信託会社等との間において、保全金額につき一時金を支払った入居者を受益者とする信託契約を締結すること。
 - 二 一般社団法人又は一般財団法人で高齢者の福祉の増進に寄与することを目的として設立されたものとの間において、一時金について有料老人ホームの設置者が返還債務を負うこととなる場合に備えた保全のための契約を締結することであって、イからハまでに掲げる措置に準ずるものとして都道府県知事が認めるもの。

※平22告示432号〔抄〕平成23年1月1日から適用する。ただし、この告示の適用前に締結されたこの告示による改正前の同告示第一号口及び第二号口の規定による契約については、当該契約を締結した認知症対応型老人共同生活援助事業を行う者の親会社（会社法（平成17年法律第86号）第2条第四号に規定する親会社をいう。以下同じ。）又は有料老人ホームの設置者の親会社に1以上の適格格付機関（銀行法第14条の2の規定に基づき、銀行がその保有する資産等に照らし自己資本の充実の状況が適当であるかどうかを判断するための基準（平成18年金融庁告示第19号）第1条第十四号に規定する適格格付機関をいう。）により法人等向けエクスポージャーの信用リスク区分4-1及び4-2の格付（銀行法第14条の2の規定に基づき、銀行がその保有する資産等に照らし自己資本の充実の状況が適当であるかどうかを判断するための基準等に基づき、金融庁長官が別に定める格付機関及び適格格付機関の格付に対応するものとして別に定める区分（平成19年金融庁告示第28号）第3条第四号に規定する法人等向けエクスポージャーの信用リスク区分4-1及び4-2の格付をいう。）が付与されている場合は、この告示による改正後の同告示第一号口及び第二号口の規定による契約とみなす。

※平24告示147号〔抄〕第一（厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置第一号イの改正規定を除く。）の規定は、平成24年4月1日から適用する。ただし、同日において現にこの告示による改正前の同告示第一号口又は第二号口の規定による契約を締結している認知症対応型共同生活援助事業を行う者又は有料老人ホームの設置者については、同日において現に受領している前払金（同令第1条の13に規定する前払金をいう。）又は一時金（同令第20条の5第八〔十一〕号に規定する一時金をいう。）の保全措置に関する限りにおいて、同告示第一号口及び第二号口の規定はなおその効力を有するものとし、この場合において、同告示第一号中「いずれかの措置」とあるのは「いずれかの措置又は厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置及び厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置の一部を改正する件（平成24年厚生労働省告示第147号）によりなおその効力を有するものとされた厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置第一号口に掲げる措置」と、同告示第二号中「いずれかの措置」とあるのは「いずれかの措置又は厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置及び厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置の一部を改正する件（平成24年厚生労働省告示第147号）によりなおその効力を有するものとされた厚生労働大臣が定める有料老人ホームの設置者等が講ずべき措置第二号口に掲げる措置」と読み替えるものとする。

編注：改正前第一号口・第二号口の規定とは、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う者の親会社または有料老人ホームの設置者の親会社であって、1以上の適格格付機関により法人等向けエクスポージャーの信用リスク区分4-1及び4-2の格付が付与されたもの（当該格付が当該親会社の依頼により付与され、かつ、公表されている場合に限り）との間において、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う者または有料老人ホームの設置者が前払金または一時金の返還債務を負うことになった場合において当該親会社がその債務のうち保全金額に相当する部分を連帯して保証することを委託する契約を締結することをいう。

有料老人ホームにおける家賃等の前払金の算定の基礎及び返還債務の金額の算定方法の明示について

（平成24年3月16日 厚生労働省老健局高齢者支援課 事務連絡）

老人福祉法（昭和38年法律第133号）第29条第7項の規定に基づき、有料老人ホームの設置者のうち終身にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を前払金として一括して受領するものは、前払金の算定の基礎を書面で明示することが義務付けられている。

有料老人ホームの設置者に対する指導に際して参考としていただけるよう、下記の家賃等の前払金の算定の基礎及び返還債務の金額の算定方法を入居契約に明示する際の考え方及び別添の例を示すこととしたので、有料老人ホームに入居しようとする高齢者の保護が適切に図られるよう特段の配慮をお願いする。

記

1 家賃等の前払金の算定の基礎

家賃等の前払金の算定の基礎については、契約形態に応じて入居契約に明示する必要がある。

(1) 期間の定めがある賃貸借契約又は利用権契約の場合（別添の事例1）

$$(1 \text{ヶ月分の家賃等の額}) \times (\text{契約期間 (月数)})$$

(2) 終身建物賃貸借契約又は終身にわたる利用権契約の場合（別添の事例2）

高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）〔高齢者住まい法〕第52条の終身建物賃貸借契約を締結する場合又は有料老人ホームにおいて終身にわたる利用権契約を締結する場合には、入居者の終身にわたる居住が平均的な余命等を勘案して想定される期間（以下「想定居住期間」という。）を設定した上で、以下のとおり算定することを基本とする。

$$(1 \text{ヶ月分の家賃等の額}) \times (\text{想定居住期間 (月数)}) + (\text{想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて有料老人ホームの設置者が受領する額})$$

この場合においては、以下の事項に留意する必要がある。

① 「想定居住期間」については、入居している又は入居することが想定される高齢者（母集団）の入居後の各年経過時点での居住継続率をもとに、居住継続率が概ね50%となるまでの期間を考慮して設定すること。

その際、居住継続率は、入居している又は入

居することが想定される高齢者（母集団）の入居時の年齢、性別、心身の状況等に応じて、簡易生命表（厚生労働省発表）等による平均的な余命等を勘案して、具体的かつ客観的な根拠により示す必要があること。

② 家賃等の前払金の額については、毎年度、

i) 家賃等の前払金の額から、

ii) 退去（死亡）した場合には、想定居住期間までの残りの期間に相当する額を返還し、

iii) 引き続き居住している場合には、毎月の家賃等の額に充当し、

iv) i) から ii) と iii) を控除した額から家賃等の前払金の保全措置を講ずべき額を除いた額を運用し、翌年度当初の家賃等の前払金の額とする

こととし、最終的に退去した（居住継続率が0となる）年度における家賃等の前払金の残高が0となるように設定することを基本とし、「想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて有料老人ホームの設置者が受領する額」を明示すること。

なお、上記は、前払金の算定の基礎を示すものであり、会計・税務上の収益計上等の処理を示すものではないことに留意する必要がある。

③ 想定居住期間は、前払金の償却期間と同じ期間とする必要があること。

2 家賃等の前払金の返還債務の金額の算定方法

家賃等の前払金の返還債務の金額の算定方法については、契約形態に応じて入居契約に明示する必要がある。

(1) 期間の定めがある賃貸借契約又は利用権契約の場合（別添の事例1）

① 入居者の入居後、3月が経過するまでの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した（以下「契約が解除等された」という。）場合

(家賃等の前払金の額) - (1ヶ月分の家賃等の額) ÷ 30 × (入居の日から起算して契約が解除等された日までの日数)

② 入居者の入居後、3月が経過し、契約期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合
契約が解除等された日以降、契約期間が経過するまでの期間につき、日割計算により算出した家賃等の額

(2) 終身建物賃貸借契約又は終身にわたる利用権契約の場合 (別添の事例2)

① 入居者の入居後、3月が経過するまでの間に契約が解除等された場合
(家賃等の前払金の額) - (1ヶ月分の家賃等の額) ÷ 30 × (入居の日から起算して契約が解除等された日までの日数)

② 入居者の入居後、3月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合
契約が解除等された日以降、想定居住期間が経過するまでの期間につき、日割計算により算出した家賃等の額

別添

家賃等の前払金の算定の基礎及び返還債務の金額の算定方法の明示の例

事例1：期間の定めがある賃貸借契約又は利用権契約の場合

<前提条件>

- ① 家賃等の額
 - 1ヶ月分の家賃の額：6万円
 - 1ヶ月分のサービスの提供の対価：2万円
- ② ①のうち、家賃等の前払金として支払う額
 - 1ヶ月分の家賃の額のうち3万円
(毎月支払う額は、1ヶ月分の家賃の額のうち3万円と1ヶ月分のサービスの提供の対価2万円)
- ③ 契約期間
 - 5年間

<家賃等の前払金の算定の基礎>

(1ヶ月分の家賃の額) × (契約期間(月数)) = 3万円 × 12ヶ月 × 5年間 = 180万円

<家賃等の前払金の返還債務の金額の算定方法>

- ① 入居者の入居後、3月が経過するまでの間に契約が解除等された場合
(家賃の前払金の額) - (1ヶ月分の家賃の額) ÷ 30 × (入居の日から起算して契約が解除等された日までの日数)
 - 例) 入居者の入居後、30日経過時点で契約が解除等された場合の返還金額
180万円 - 3万円 ÷ 30 × 30日 = 177万円
- ② 入居者の入居後、3月が経過し、契約期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合
契約が解除等された日以降、契約期間が経過するまでの期間につき、日割計算により算出した家賃の額
 - 例) 入居者の入居後、3年間経過時点で契約が解除等された場合の返還金額
3万円 × 12ヶ月 × (5 - 3)年 = 72万円

事例2：終身建物賃貸借契約又は終身にわたる利用権契約の場合

<前提条件>

① 家賃等の額

1ヶ月分の家賃の額：6万円

1ヶ月分のサービスの提供の対価：2万円

② ①のうち、家賃等の前払金として支払う額

1ヶ月分の家賃の額のうち3万円

(毎月支払う額は、1ヶ月分の家賃の額のうち3万円と1ヶ月分のサービスの提供の対価2万円)

③ 運用利率：1%（参考：確定給付企業年金の下限予定利率1.1%（平成23年））

④ 前払金の保全措置：信託（保全措置を講ずべき額を除いた範囲で運用可能）

<家賃等の前払金の算定の基礎>

1. 入居時年齢が75歳・男性の場合、平成22年簡易生命表（厚生労働省発表）から平均余命を勘案した
居住継続率は以下の表のとおり。

→居住継続率が概ね50%となる期間（12年間）を「想定居住期間」とする。

年齢	死亡率	生存率	入居後の年数	年初居住継続率	年央居住継続率
75	3.1%	96.9%	1	100.0%	98.5%
76	3.5%	96.5%	2	96.9%	95.3%
77	3.9%	96.1%	3	93.6%	91.7%
78	4.4%	95.6%	4	89.9%	87.9%
79	4.9%	95.1%	5	86.0%	83.8%
80	5.5%	94.5%	6	81.7%	79.5%
81	6.2%	93.8%	7	77.2%	74.8%
82	6.9%	93.1%	8	72.4%	70.0%
83	7.7%	92.3%	9	67.5%	64.9%
84	8.6%	91.4%	10	62.3%	59.6%
85	9.6%	90.4%	11	56.9%	54.2%
86	10.6%	89.4%	12	51.5%	48.8%
87	11.6%	88.4%	13	46.1%	43.4%
88	12.9%	87.1%	14	40.7%	38.1%
89	14.2%	85.8%	15	35.5%	33.0%
90	15.5%	84.5%	16	30.5%	28.1%
91	16.9%	83.1%	17	25.7%	23.6%
92	18.3%	81.7%	18	21.4%	19.4%
93	19.8%	80.2%	19	17.5%	15.8%
94	21.4%	78.6%	20	14.0%	12.5%
95	23.0%	77.0%	21	11.0%	9.8%
96	24.7%	75.3%	22	8.5%	7.4%
97	26.4%	73.6%	23	6.4%	5.6%
98	28.2%	71.8%	24	4.7%	4.0%
99	30.1%	69.9%	25	3.4%	2.9%
100	32.0%	68.0%	26	2.4%	2.0%
101	34.0%	66.0%	27	1.6%	1.3%
102	36.0%	64.0%	28	1.1%	0.9%
103	38.1%	61.9%	29	0.7%	0.6%
104	40.2%	59.8%	30	0.4%	0.3%
105	100.0%	0.0%	31	0.3%	0.1%

・生存率：100%－死亡率

・年初居住継続率（○年目）：（○－1年目の年初居住継続率）×（○－1年目の生存率）

・年央居住継続率（○年目）：{(○年目の年初居住継続率) + (○+1年目の年初居住継続率)} ÷ 2

2. 最終的に退去した年度（居住継続率が「0」となる31年目）における残高が0となるように、家賃の前払金の額を設定する。

(1年目)

i) 家賃の前払金の額

31年目における前払金の残高が「0」となるよう、逆算して算定
511万円

ii) 退去（死亡）した場合には、想定居住期間までの残りの期間に相当する額を返還
(1ヶ月分の家賃の額) × 12ヶ月 × (想定居住期間までの残りの期間) × (退去率)
3万円 × 12ヶ月 × 12年間 × (100% - 98.5%) ≒ 7万円

iii) 引き続き居住している場合には、毎月の家賃の額に充当
(1ヶ月分の家賃の額) × 12ヶ月 × (居住継続率)
3万円 × 12ヶ月 × 98.5% ≒ 35万円

iv) 家賃の前払金の保全措置を講ずべき額

家賃の前払金のうち残存する期間に係る額 ((1ヶ月分の家賃の額) × 12ヶ月 × (想定居住期間までの残りの期間) × (居住継続率)) と500万円のいずれか低い方
3万円 × 12ヶ月 × 12年間 × 98.5% ≒ 425万円

→残高は i) - ii) - iii) ≒ 469万円

このうち運用可能な範囲は、iv) を除いた44万円

(2年目)

i) 家賃の前払金の保全措置を講ずべき額を除き、1年目残高を運用（運用利率1%）
425万円 + 44万円 × 1.01 ≒ 470万円

ii) 退去（死亡）した場合には、想定居住期間までの残りの期間に相当する額を返還
(1ヶ月分の家賃の額) × 12ヶ月 × (想定居住期間までの残りの期間) × (退去率)
3万円 × 12ヶ月 × 11年間 × (98.5% - 95.3%) ≒ 13万円

iii) 引き続き居住している場合には、毎月の家賃の額に充当
(1ヶ月分の家賃の額) × 12ヶ月 × (居住継続率)
3万円 × 12ヶ月 × 95.3% ≒ 34万円

iv) 家賃の前払金の保全措置を講ずべき額

家賃の前払金のうち残存する期間に係る額 ((1ヶ月分の家賃の額) × 12ヶ月 × (想定居住期間までの残りの期間) × (居住継続率)) と500万円のいずれか低い方
3万円 × 12ヶ月 × 11年間 × 95.3% ≒ 377万円

→残高は i) - ii) - iii) ≒ 423万円

このうち運用可能な範囲は、iv) を除いた46万円

(3～29年目も同じ)

(30年目)

i) 家賃の前払金の保全措置を講ずべき額を除き、29年目残高を運用（運用利率1%）
1,644円 × 1.01 ≒ 1,661円

ii) 退去（死亡）した場合には、想定居住期間までの残りの期間に相当する額を返還
0円

iii) 引き続き居住している場合には、毎月の家賃の額に充当
(1ヶ月分の家賃の額) × 12ヶ月 × (居住継続率)
3万円 × 12ヶ月 × 0.337% ≒ 1,212円

iv) 家賃の前払金の保全措置を講ずべき額
0円

→残高は i) - ii) - iii) = 449円（全額運用可能）

(31年目)

i) 家賃の前払金の保全措置を講ずべき額を除き、30年目残高を運用（運用利率1%）

449円×1.01≒453円

- ii) 退去（死亡）した場合には、想定居住期間までの残りの期間に相当する額を返還
0円
 - iii) 引き続き居住している場合には、毎月の家賃の額に充当
(1ヶ月分の家賃の額)×12ヶ月×(居住継続率)
3万円×12ヶ月×0.126%≒453円
 - iv) 家賃の前払金の保全措置を講ずべき額
0円
- 残高は i) - ii) - iii) = 0円

3. 家賃の前払金の算定の基礎を明示する。

(1ヶ月分の家賃)×(想定居住期間(月数))+ (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて有料老人ホームの設置者が受領する額)

3万円×12ヶ月×12年間+79万円=511万円

<家賃等の前払金の返還債務の金額の算定方法>

- ①入居者の入居後、3月が経過するまでの間に契約が解除等された場合
(家賃の前払金の額) - (1ヶ月分の家賃の額) ÷ 30 × (入居の日から起算して契約が解除等された日までの日数)
例) 入居者の入居後、30日経過時点で契約が解除等された場合の返還金額
511万円 - 3万円 ÷ 30日 × 30日 = 508万円
- ②入居者の入居後、3月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合
契約が解除等された日以降、想定居住期間が経過するまでの期間につき、日割計算により算出した家賃の額
例) 入居者の入居後、3年間経過時点で契約が解除等された場合の返還金額
3万円×12ヶ月×(12-3)年=324万円