

市川市への届出について

【体制届等が必要となる変更点、対象サービス種別】

- 1, 業務継続計画策定の有無 減算型、基準型・・・新設
 - ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - ・夜間対応型訪問介護
 - ・第1号訪問事業
 - ・(基準該当)訪問介護
- 2, 身体拘束廃止取組の有無 減算型、基準型・・・新設
 - ・(介護予防)小規模多機能型居宅介護(短期利用型含む)
 - ・看護小規模多機能型居宅介護(短期利用型含む)
 - ・(介護予防)認知症対応型共同生活介護(短期利用型のみ今回新設)
 - ・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型のみ今回新設)
 - ・(基準該当)短期入所生活介護
- 3, 介護職員等処遇改善加算 加算Ⅴ・・・廃止
 - ・加算Ⅴを算定している事業所

【提出期限】

令和7年4月1日(火)

※窓口持参は17時15分まで有効。厳守してください。

※メール・電子申請届出システム・郵送は必着。

【提出書類】

- ・上記1～3いずれも以下2点。
 - (1)体制届
 - (2)状況一覧表

【留意点】

- ・上記3の場合、添付書類として処遇改善加算計画書が必要ですが、そちらの提出期日は別途周知しているとおりとなります。詳細は以下をご確認ください。

《市川市公式 Web サイト; 介護職員等処遇改善加算の届出について》

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/wel03/0000450115.html>

参考① 業務継続計画策定の有無 記載留意点

(別紙50)

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>
令和 年 月 日
市川市長 殿
所在地
名 称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

届出者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ー) 県 群市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー ー) 県 群市				
	事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー ー) 県 群市			
連絡先		電話番号		FAX番号		
主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地		(郵便番号 ー ー) 県 群市				
連絡先		電話番号		FAX番号		
管理者の氏名						
管理者の住所		(郵便番号 ー ー) 県 群市				
届出を行う事業所・施設の種類の種類		同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日
	訪問型サービス(独自)	○		☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和7年4月1日	
	訪問型サービス(独自・定率)			☐ 1新規 ☐ 2変更		
	訪問型サービス(独自・定額)			☐ 1新規 ☐ 2変更		
	通所型サービス(独自)			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	通所型サービス(独自・定率)			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	通所型サービス(独自・定額)			☐ 1新規		
介護保険事業所番号		〇〇訪問介護				
特記事項	変更前			変更後		
	介護保険事業所番号の記入漏れがないようにしてください。			業務継続計画策定の有無 基準型 特記事項の変更後欄には、変更する項目のみ記載してください。		
関係書類		別添のとおり				

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

参考② 身体拘束廃止取組の有無 記載留意点

(別紙3-2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>
<地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
令和 年 月 日

市川市長 殿

所在地

名称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名 称										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	法人である場合その種別					法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名					氏名				
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市									
	フリガナ 事業所・施設の名称										
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	主たる事業所の所在地以外の場所 で一部実施する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 ー) 県 群市									
届出を行う事業所の状況	連絡先	電話番号					FAX番号				
	管理者の氏名										
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市									
	地域密着型サービス	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分			異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)	
		夜間対応型訪問介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
地域密着型通所介護				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
療養通所介護				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
認知症対応型通所介護				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
小規模多機能型居宅介護		○		☐ 1新規	☒ 2変更	☐ 3終了	令和7年4月1日		☐ 1有		
認知症対応型共同生活介護				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
地域密着型特定施設入居者生活介護				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
複合型サービス				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
介護予防認知症対応型通所介護				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
介護予防小規模多機能型居宅介護		○		☐ 1新規	☒ 2変更	☐ 3終了	令和7年4月1日		☐ 1有		
介護予防認知症対応型共同生活介護				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
居宅介護支援			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有			
介護予防支援			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有			
地域密着型サービス事業所番号等											
指定を受けている市町村											
介護保険事業所番号		(指定を受けている場合)									
既に指定等を受けている事業		介護保険事業所番号の記入漏れがないようにしてください。									
医療機関コード等											
特記事項	変 更 後	変 更 後									
	身体拘束廃止取組の有無 基準型										
関係書類		別添のとおり									

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の□を■にしてください。
6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

1, 業務継続計画策定の有無について

以下の基準すべてに適合している場合、基準型となり、

以下の基準のいずれか一つでも満たしていない場合には、減算型となる。

- (1) 感染症に関する業務継続計画の策定
- (2) 非常災害に関する業務継続計画の策定
- (3) (1)、(2)の業務継続計画に従い必要な措置を講じる

根拠：

- ・厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）第四十四号の七 等
- ・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）第 2 の 2 の(6) 等

※「等」—いずれも同内容のため、1 つのサービスを例示した。

2, 身体拘束廃止取組の有無について

以下の基準すべてに適合している場合、基準型となり、

以下の基準のいずれか一つでも満たしていない場合には、減算型となる。

- (1) 身体的拘束等を行う場合の記録
- (2) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催
- (3) 身体的拘束等の適正化のための指針の整備
- (4) 身体的拘束等の適正化のための定期的な研修の実施

根拠：

- ・厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）第五十四号の二 等
- ・指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年老計発第 0331005 号、老振発第 0331005 号、老老発第 0331018 号）第 2 の 5 の(3) 等

※「等」—いずれも同内容のため、1 つのサービスを例示した。