

令和5年度

集 団 指 導 資 料  
(介護老人保健施設)

福岡県保健医療介護部介護保険課  
北九州市保健福祉局地域福祉部介護保険課  
福岡市福祉局高齢社会部事業者指導課  
久留米市健康福祉部介護保険課

# 資料目次

|   |                            |          |
|---|----------------------------|----------|
| 1 | 変更の手續について                  |          |
|   | (1) 介護老人保健施設管理者承認申請        | ・・・P 2   |
|   | (2) 介護老人保健施設の開設許可事項変更申請    | ・・・P 7   |
|   | (3) 変更の届出                  | ・・・P 14  |
| 2 | 許可更新事務の概要について              | ・・・P 35  |
| 3 | 介護老人保健施設に関する事項             | ・・・P 37  |
| 4 | 介護給付費について                  |          |
|   | A 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書について | ・・・P 69  |
|   | B 加算・減算の適用要件               | ・・・P 70  |
| 5 | 令和3年度介護報酬改定に関するQ&Aについて     | ・・・P 116 |
| 6 | 運営指導等における主な不適正事例について       | ・・・P 136 |
| 7 | その他                        |          |
|   | A 介護保険関連情報のホームページアドレスについて  | ・・・P 153 |
|   | B 介護老人保健施設における事故報告について     | ・・・P 154 |

# 1 変更の手続について

## (1) 介護老人保健施設管理者承認申請

### 1 内容

介護老人保健施設の管理者を変更するには、事前に開設許可権者の承認を得る必要がある。

### 2 提出時期

変更前（1ヶ月前まで）に申請し、承認を受けて変更すること

### 3 提出先

(1) 北九州市、福岡市及び久留米市に所在する施設

当該施設の所在する市

(2) (1) 以外の施設

当該施設の所在地を管轄する各保健福祉（環境）事務所

### 4 提出書類

- ① 介護老人保健施設管理者承認申請書（様式第7号）
- ② 管理者就任書
- ③ 管理者の経歴書
- ④ 管理者の免許証の写し ※医師
- ⑤ 従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表・・・管理者分のみ
- ⑥ 組織図
- ⑦ 当該事項を決定した理事会の議事録の写し
- ⑧ 誓約書（欠格事由）
- ⑨ 誓約書（暴力団排除）

### 5 その他注意事項

（予防）ショート、（予防）通りハについては、管理者承認申請書ではなく、変更届出書（様式第3号）  
「8 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所」を提出すること。この場合、共通する添付書類については、重複して提出する必要はない。

介護老人保健施設・介護医療院管理者承認申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地（住所）  
事業（開設）者 名称（氏名）  
代表者の職・氏名

（記名押印又は署名）

次のとおり介護老人保健施設・介護医療院の管理者の承認を申請します。

|                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                       | 介護保険事業所番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請理由                  | 1 新規開設のため   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 2 管理者の変更のため |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

- 備考1 管理者になろうとする者の経歴等を添付してください。  
2 「申請理由」欄については、該当項目番号に○を付してください。

# 管 理 者 就 任 書

私は、介護老人保健施設 ○○○○ の管理者として、医療保険各法による保険診療を適正に行い、老人の心身の状況に応じて適切な施設療養その他のサービスを提供する施設運営を行うとともに、介護老人保健施設を管理することに専念し、他の介護保険施設・病院・診療所・社会福祉施設を管理しません。（併設施設であって、管理上支障を生じない場合を除く）

なお、下記については、いずれも該当しません。

1. 医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 7 条第 2 項の規定により医業の停止を命ぜられ、医業停止の期間終了後 2 年を経過しない者。
2. 介護保険法第 102 条の規定により、介護老人保健施設の管理者として変更を命ぜられ、変更された後 2 年を経過しない者。
3. 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 28 条の規定により、病院又は診療所の管理者として変更を命ぜられ、変更された後 2 年を経過しない者。
4. 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 81 条の規定により保険医の登録を取り消され 2 年を経過しない者。

住所

氏名

（記名押印又は署名）

(参考様式2)

事業所（施設）の管理者経歴書

| 事業所又は施設名        |             |         |       |
|-----------------|-------------|---------|-------|
| カナ              |             | 生年月日    | 年 月 日 |
| 氏名              |             | (年齢)    | ( 歳)  |
| 住所              | (郵便番号 - )   |         |       |
| 電話番号            |             |         |       |
| 主 な 職 歴 等       |             |         |       |
| 年 月 ~ 年 月       | 勤 務 先 等     | 職 務 内 容 |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
|                 |             |         |       |
| 職務に関連する資格       |             |         |       |
| 資 格 の 種 類       | 資 格 取 得 年 月 |         |       |
|                 |             |         |       |
| 備 考(研修等の受講の状況等) |             |         |       |

備考 1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。  
2 当核管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、『事業所又は施設名』欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。





## (2) 介護老人保健施設の開設許可事項変更申請

### 1 変更事項

- ① 敷地の面積及び平面図
- ② 建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備概要
- ③ 施設共用の有無及び共用の場合の利用計画
- ④ 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）
- ⑤ 協力病院の変更

### 2 提出時期

変更（工事・契約等）前（1ヶ月前まで）に申請し、許可を受けて実際の変更（工事・契約等）を行う。

### 3 提出先

- (1) 北九州市、福岡市及び久留米市に所在する施設  
当該施設の所在する市
- (2) (1) 以外の施設  
当該施設の所在地を管轄する各保健福祉（環境）事務所

### 4 変更許可手数料

変更事項「2 建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備概要」のうち、構造設備の変更を伴うものについては、変更許可申請の際に 33,000 円の手数料が必要となる。

※「構造設備の変更を伴うもの」とは

- ・・・ 建物の増改築、壁やドア等の設置や撤去等、建築工事を伴うもの。判断が難しい場合は、担当課（県であれば介護保険課指定係）までお問い合わせください。

### 5 提出書類

#### (1) 敷地の面積及び平面図

- ① 介護老人保健施設開設許可事項変更申請書（様式第6号）
- ② 変更理由書（申請書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 敷地の平面図及び敷地周辺の見取図（変更前後を明記したもの：A4又はA3サイズ）
- ④ 敷地の字図及び土地登記簿の写し（変更前後を明記したもの：A4又はA3サイズ）
- ⑤ 敷地の全体を見渡した写真（工事写真台帳A4サイズに貼付）

#### (2) 建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備概要

- ① 介護老人保健施設開設許可事項変更申請書（様式第6号）
- ② 変更理由書
- ③ 変更面積等比較表（該当項目のみ記載すること）
- ④ 建物の立面図（変更前及び変更後：A4又はA3サイズ）（必要な場合）
- ⑤ 建物の平面図（変更前及び変更後：A4又はA3サイズ）
- ⑥ 変更しようとする施設箇所がわかる写真（工事写真台帳A4サイズに貼付）

⑦ その他参考となるもの（安全計画書・工事図面・工程表等）

※ 当該建物の建築費、整備費等に補助金が含まれている場合、補助金適正化法に基づき、財産処分等の承認が必要となる場合があるので事前に相談すること。

なお、財産処分等の承認が必要となる場合は、手続に時間がかかることがあります。

#### 【変更が完了した後に提出する書類】

ア 完了届等（表題・様式は任意） → 県知事あてに法人代表者名で報告すること。

イ 変更後の写真（工事写真台帳 A4 サイズに貼付）

ウ 工事等の前に建築確認申請を行っている場合は、検査済証の写し

なお、申請時と変更がある場合（面積の変更等）は、該当書類も変更の上、添付すること。

#### （３）施設共用の有無及び共用の場合の利用計画

※ 平面図の変更等を伴う場合については、「（２）建物の構造概要及び平面図並びに施設及び構造設備概要」の変更が同時に必要（申請書は１本で可）。

① 介護老人保健施設開設許可事項変更申請書（様式第 6 号）

② 変更理由書

③ 変更後の「共用部分における利用計画概要」

#### （４）老健本体の運営規程（職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る）

① 介護老人保健施設開設許可事項変更申請書（様式第 6 号）

② 変更理由書

③ 変更前の「運営規程」

④ 変更後の「運営規程」

#### （５）協力病院の変更

※ 「協力病院」のみ。「協力医療機関（診療所）」「協力歯科医療機関」については、変更届出書（様式第 3 号）による届出で可。

① 介護老人保健施設開設許可事項変更申請書（様式第 6 号）

② 変更理由書

③ 変更後の「協力病院等一覧」

※ 協力病院、協力医療機関（診療所）、協力歯科医療機関全てを記載すること。

④ 協力病院との契約書の写し

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

福岡県知事 殿

所在地（住所）  
 事業（開設）者 名称（氏名）  
 代表者の職・氏名

（記名押印又は署名）

次のとおり介護老人保健施設・介護医療院の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 |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 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    |                                    | 変更の内容     |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 1       | 敷地面積                               | (変更前)     |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 2       | 建物構造                               |           |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 3       | 施設の共用の場合の利用計画                      |           |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 4       | 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)     |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 5       | 協力病院の変更                            |           |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。  
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。



## 変更面積等比較表

施設名

| 敷地の面積・平面図 | 変更前 | m <sup>2</sup> (用途地域の別: ) |  |
|-----------|-----|---------------------------|--|
|           | 変更後 | m <sup>2</sup> (用途地域の別: ) |  |
| 建物の構造概要   | 変更前 | 造 階建                      | 建築面積 m <sup>2</sup><br>延べ面積 m <sup>2</sup> |
|           | 変更後 | 造 階建                      | 建築面積 m <sup>2</sup><br>延べ面積 m <sup>2</sup> |

| 建物の平面図 |       |       |       |                     |                          |          |  |      |                              |
|--------|-------|-------|-------|---------------------|--------------------------|----------|--|------|------------------------------|
| 療 養 室  | 場所(階) | 部屋番号等 | 定員(人) | 面積(m <sup>2</sup> ) | 1人当たり面積(m <sup>2</sup> ) | その他(設備等) |  | 施設基準 |                              |
|        | 変更前   |       |       |                     |                          |          |  |      | 2m <sup>2</sup> /人<br>1室4人以下 |
|        | 変更後   |       |       |                     |                          |          |  |      |                              |

|             | 変 更 前 |                      |                          |        | 変 更 後 |                      |                          |        | 施設基準                       |
|-------------|-------|----------------------|--------------------------|--------|-------|----------------------|--------------------------|--------|----------------------------|
|             | 場所(階) | 床面積(m <sup>2</sup> ) | 1人当たり面積(m <sup>2</sup> ) | 設備・その他 | 場所(階) | 床面積(m <sup>2</sup> ) | 1人当たり面積(m <sup>2</sup> ) | 設備・その他 |                            |
| 機能訓練室(入所者用) |       |                      |                          |        |       |                      |                          |        | 1m <sup>2</sup> /人         |
| 機能訓練室(通所者用) |       |                      |                          |        |       |                      |                          |        | 1m <sup>2</sup> /人         |
| 計           | —     | —                    | —                        | —      | —     | —                    | —                        | —      | —                          |
| 食堂(入所者用)    |       |                      |                          |        |       |                      |                          |        | 2m <sup>2</sup> /人         |
| 食堂(通所者用)    |       |                      |                          |        |       |                      |                          |        | 2m <sup>2</sup> /人         |
| 計           | —     | —                    | —                        | —      | —     | —                    | —                        | —      | —                          |
| 談 話 室       |       |                      |                          |        |       |                      |                          |        | 0.5m <sup>2</sup> /人(旧基準)  |
| レクリエーションルーム |       |                      |                          |        |       |                      |                          |        | 設けること                      |
| デイルーム(入所者用) |       |                      |                          |        |       |                      |                          |        | 2m <sup>2</sup> /人(認知症専門棟) |
| デイルーム(通所者用) |       |                      |                          |        |       |                      |                          |        | —                          |
| 計           | —     | —                    | —                        | —      | —     | —                    | —                        | —      | —                          |

|            | 場所(階)  | 床面積(m <sup>2</sup> ) | 設 備 | その他 | 場所(階) | 床面積(m <sup>2</sup> ) | 設 備 | その他 | 施設基準 |
|------------|--------|----------------------|-----|-----|-------|----------------------|-----|-----|------|
|            | 家族介護教室 |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
| 診 察 室      |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
| 浴 室        |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
| 特別浴室       |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
| 洗 面 所      |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
| 便 所        |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
| サービスステーション |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
| 調 理 室(厨房)  |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
| 洗 濯 室      |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
| 汚物処理室      |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
|            |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
|            |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |
|            |        |                      |     |     |       |                      |     |     |      |

| 廊下の幅 | 場所(階) | 片廊下(m) | 中廊下(m) | 設備・その他 | 場所(階) | 片廊下(m) | 中廊下(m) | 設備・その他 | 施設基準 |
|------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|------|
|      |       |        |        |        |       |        |        |        |      |

| その他項目 | 変 更 前 | 変 更 後 |
|-------|-------|-------|
|       |       |       |

(注1) 変更事項のみの記載で構いません。

(注2) 枠が足りない場合等には、適宜様式を変更して構いません。

## 共用部分における利用計画の概要

|           |  |
|-----------|--|
| 介護老人保健施設名 |  |
| 共用先の施設等名  |  |
| 共用先の施設種別  |  |
| 共用施設・設備名  |  |

|   | 介護老人保健施設としての利用 | ( )としての利用 |
|---|----------------|-----------|
| 利 用 日 時<br>( 曜 日 ・ 時 間 )                      |                |           |
| 従 事 ス タ ッ フ<br>( 職 種 ・ 員 数 ・ 勤 務 状 況 )        |                |           |
| 利 用 ( 予 定 ) 者 数<br>( 調 理 室 に あ っ て は 食 数 )    |                |           |
| 利 用 内 容<br>( 具 体 的 に 記 載 す る こ と )            |                |           |
| 使 用 区 間<br>( 階 数 ・ 面 積 等 )<br><br>※図面により明記のこと |                |           |

## 協力病院等一覧

|                                     |              |   |
|-------------------------------------|--------------|---|
| 名 称                                 |              |   |
| 所 在 地                               |              |   |
| 診 療 科 名                             |              |   |
| 病 床 数                               |              |   |
| 職員の配置状況<br>(併設の場合は略)<br><br>※実人員で記入 | 医 師          | 床 |
|                                     | 看 護 師        | 人 |
|                                     | 准看護師         | 人 |
|                                     | そ の 他        | 人 |
| 施設からの距離                             | m (徒歩 分:車 分) |   |
| 契 約 内 容                             | 別紙契約書のとおり    |   |

|                                     |              |   |
|-------------------------------------|--------------|---|
| 名 称                                 |              |   |
| 所 在 地                               |              |   |
| 診 療 科 名                             |              |   |
| 病 床 数                               |              |   |
| 職員の配置状況<br>(併設の場合は略)<br><br>※実人員で記入 | 医 師          | 床 |
|                                     | 看 護 師        | 人 |
|                                     | 准看護師         | 人 |
|                                     | そ の 他        | 人 |
| 施設からの距離                             | m (徒歩 分:車 分) |   |
| 契 約 内 容                             | 別紙契約書のとおり    |   |

|                                     |              |   |
|-------------------------------------|--------------|---|
| 名 称                                 |              |   |
| 所 在 地                               |              |   |
| 診 療 科 名                             |              |   |
| 病 床 数                               |              |   |
| 職員の配置状況<br>(併設の場合は略)<br><br>※実人員で記入 | 医 師          | 床 |
|                                     | 看 護 師        | 人 |
|                                     | 准看護師         | 人 |
|                                     | そ の 他        | 人 |
| 施設からの距離                             | m (徒歩 分:車 分) |   |
| 契 約 内 容                             | 別紙契約書のとおり    |   |

### (3) 変更の届出

(介護老人保健施設・短期入所療養介護・通所リハビリテーション・介護予防短期入所療養介護・介護予防通所リハビリテーション)

#### 1 変更事項の種類

|   |   |
|---|---|
| <p>介護老人保健施設<br/>短期入所療養介護<br/>通所リハビリテーション<br/>介護予防短期入所療養介護<br/>介護予防通所リハビリテーション</p> | <p>①事務所（施設）の名称<br/>②事業所（施設）の所在地<br/>③開設者の名称及び主たる事務所の所在地<br/>④代表者の氏名及び住所<br/>⑤登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）<br/>⑥事業所（施設）の管理者の氏名及び住所<br/>⑦運営規程（ただし、介護老人保健施設については、職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分を除く）<br/>⑧その他（役員の氏名、生年月日等）</p> |
| <p>介護老人保健施設のみ</p>   | <p>⑨協力医療機関（診療所）・協力歯科医療機関<br/>※「協力病院」については、介護老人保健施設開設許可事項変更申請書（様式第6号）による変更許可申請が必要<br/>⑩入所者の定員（減員の場合のみ）<br/>⑪併設施設の状況等<br/>⑫介護支援専門員の氏名及び登録番号</p>   |

#### 2 提出時期

所定の事項に変更のあったときから10日以内に、その旨を開設許可権者に届けなければならない。(介護保険法第99条)

ただし、「事業所の管理者の氏名及び住所」「運営規程（通所リハビリテーションの単位数、定員、営業時間の変更等）」については、事前に人員基準等チェックし、開設許可権者が受理した後に変更することが望ましいため、変更予定日の2週間前までに提出すること。

#### 3 提出先

- (1) 北九州市、福岡市及び久留米市に所在する施設  
当該施設の所在する市
- (2) (1) 以外の施設  
当該施設の所在地を管轄する各保健福祉（環境）事務所



#### 4 添付書類

##### <介護老人保健施設、短期入所療養介護及び通所リハビリテーション共通>

#### (1) 事務所（施設）の名称

- ① 変更届出書（様式第3号）
- ② 変更理由書（届出書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 変更内容が確認できる法人の登記簿謄本、定款（寄付行為）、若しくは当該内容を決定した際の理事会議事録の写し

#### (2) 事業所（施設）の所在地

- ① 変更届出書（様式第3号）
- ② 変更理由書（届出書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 変更内容が確認できる法人の登記簿謄本、定款、若しくは当該内容を決定した際の理事会議事録の写し

#### (3) 開設者の名称及び主たる事務所の所在地

- ① 変更届出書（様式第3号）
- ② 変更理由書（届出書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 変更内容が確認できる法人の登記簿謄本、定款、若しくは当該内容を決定した際の理事会議事録の写し

#### (4) 代表者の氏名及び住所

- ① 変更届出書（様式第3号）
- ② 変更理由書（届出書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 変更内容が確認できる法人の登記簿謄本、定款、若しくは当該内容を決定した際の理事会議事録の写し
- ④ 誓約書（欠格事由）
- ⑤ 誓約書（暴力団排除）

#### (5) 登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）

- ① 変更届出書（様式第3号）
- ② 変更理由書（届出書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 変更後の登記事項証明書・条例等の写し

#### (6) 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所

※ 介護老人保健施設については不要

- ① 変更届出書（様式第3号）
- ② 変更理由書（届出書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 管理者就任書
- ④ 管理者の経歴書

- ⑤ 管理者の免許証の写し
- ⑥ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表・・・管理者分のみ  
(別紙 高齢6-1、別紙 高齢6-2、別紙 高齢6-3のいずれか)
- ⑦ 組織図
- ⑧ 当該変更事項を決定した理事会の議事録の写し
- ⑨ 誓約書(欠格事由)
- ⑩ 誓約書(暴力団排除)

## (7) 運営規程

### <介護老人保健施設、短期入所療養介護及び通所リハビリテーション共通>

- ① 変更届出書(様式第3号)
- ② 変更理由書(届出書の記載内容で理由が確認できれば不要)
- ③ 変更前・後の「運営規程」・・・変更箇所を蛍光ペン(黄色)で色分けすること
- ※ 利用料の変更については、変更前・後の利用料一覧表のみでも可

### <通所リハビリテーション(単位数・定員)>

- ① 変更届出書(様式第3号)
- ② 変更理由書(届出書の記載内容で理由が確認できれば不要)
- ③ 変更前・後の「運営規定」・・・変更箇所を蛍光ペン(黄色)で色分けすること
- ④ 変更後の「適所リハビリテーション:単位毎内訳表」
- ⑤ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表・・・変更にかかるもののみ  
(別紙 高齢6-2、別紙 高齢6-3のいずれか)
- ⑥ 組織図
- ⑦ 通所リハビリテーション用食堂・機能訓練室等の平面図(A4サイズ)  
※ 平面図に変更がある場合は、別に「介護老人保健施設開設許可事項変更申請(様式第6号)」が必要

## (8) 役員の氏名、生年月日及び住所

- ① 変更届出書(様式第3号)
- ② 誓約書(欠格事由)
- ③ 誓約書(暴力団排除)

### <介護老人保健施設のみ>

## (9) 協力医療機関・協力歯科医療機関(との契約の内容)

※ 「協力医療機関(診療所)」「協力歯科医療機関」のみ。「協力病院」については、介護老人保健施設開設許可事項変更申請書(様式第6号)による変更許可申請が必要。

- ① 変更届出書(様式第3号)
- ② 変更理由書(届出書の記載内容で理由が確認できれば不要)
- ③ 変更後の「協力病院等一覧」(契約書の写し)

**(10) 入所者の定員（減員の場合のみ）**

- ① 変更届出書（様式第3号）
- ② 変更理由書（届出書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 変更後の「運営規程」
- ④ 勤務の体制及び勤務形態一覧表・・・全員分  
（別紙 高齢6-1、別紙 高齢6-2のいずれか）
- ⑤ 組織図

**(11) 併設施設の状況等**

- ① 変更届出書（様式第3号）
- ② 変更理由書（届出書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 変更後の「併設施設の概要」

**(12) 介護支援専門員の氏名及び登録番号**

- ① 変更届出書（様式第3号）
- ② 変更理由書（届出書の記載内容で理由が確認できれば不要）
- ③ 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧  
※ 就労終了する介護支援専門員も記載すること。
- ④ 介護支援専門員証の写し

変 更 届 出 書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地（住所）  
 事業（開設）者 名称（氏名）  
 代表者の職・氏名

（記名押印又は署名）

○ 次のとおり指定（許可）を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| 介護保険事業所番号        |   |       |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 指定内容を変更した事業所（施設） |   | 名称    |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |   | 所在地   |  |  |  |  |  |  |  |
| サービスの種類          |   |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項         |   | 変更の内容 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                | 事業所（施設）の名称  | (変更前) |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                | 事業所（施設）の所在地                                       |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                | 事業（開設）者の名称・主たる事務所の所在地                             |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                | 代表者の職・氏名、生年月日及び住所                                 |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                | 登記事項証明書、条例等<br>（当該事業に関するものに限る。）                   |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等                               |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                | 備品<br>（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。）                |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所<br>（介護老人保健施設及び介護医療院を除く。）  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 9                | サービス提供責任者の氏名及び住所                                  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 10               | 運営規程  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 11               | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関                               |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 12               | 事業所の種別  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 13               | 提供する居宅療養管理指導の種類                                   | (変更後) |  |  |  |  |  |  |  |
| 14               | 事業実施形態<br>（単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の<br>空床利用型・併設型の別） |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 15               | 入院患者又は入所者の定員                                      |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 16               | 福祉用具の保管及び消毒方法<br>（委託している場合にあつては、委託先の状況）           |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 17               | 併設施設の状況等  |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 18               | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号                                |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 19               | その他   |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 変 更 年 月 日        |   | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |

備考1 該当項目番号に○を付してください。  
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

# 変更理由書

(変更の目的、変更の結果改善される点などを、簡潔に記入して下さい。)

|       |
|-------|
| (施設名) |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

(参考様式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)

\_\_\_\_\_  
(記名押印又は署名)

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○)

(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、診療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定め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、第四百四条第一項又は第百五十五条の三十五第六項の規定により許可を取り消され、その取消し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から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しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該許可を取り消された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ある場合においては、当該通知があった日から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、当該許可の取消しが、介護老人保健施設の許可の取消しのうち当該許可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介護老人保健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介護老人保健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。
- 七 申請者が、第四百四条第一項又は第百五十五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、第百零一条第一項の規定による検査が行われた日から審判決定予定日（当該検査の結果に基づき第四百四条第一項の規定による許可の取消しの処分に係る判断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、同号の通知の日から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。

提出の際は、必ず裏面と合わせて両面コピーしてください。

## 暴力団排除に係る誓約書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者名

(記名押印又は署名)

申請者及び役員等は、下記のことを誓約します。  
 なお、本誓約書の内容について、福岡県が福岡県警察本部に照会することを承諾します。

### 記

- 1 申請者は、福岡県介護サービス事業等の人員、設備及び運営の基準等に関する条例（以下「基準条例」といいます。）第28条第1項各号及び第2項各号に掲げる者ではありません。
- 2 申請者の運営する施設・事業所は、基準条例第6条の2（基準条例第12条、第17条、第21条又は第26条において準用する場合を含む。以下同じ。）に該当しません。
- 3 申請者、申請者の役員及び介護保険法上の指定（更新）又は許可（更新）の申請に係る事業所又は施設の管理者は、次に例示する福岡県暴力団排除条例（以下「暴排条例」といいます。）第2条第1号の暴力団（以下単に「暴力団」といいます。）又は暴排条例第2条第2号の暴力団員（以下単に「暴力団員」といいます。）と密接な関係を有する者ではありません。
  - (1) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇い、又は使用している者
  - (2) 契約の相手方が暴力団員であることを知りながら、その者と商取引に係る契約を締結している者
  - (3) 暴力団又は暴力団員に対して経済上の利益又は便宜を供与している者
  - (4) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難される関係を有している者
- 4 申請者、申請者の役員若しくは事業所又は施設の管理者が、次のいずれかに該当した場合には、本申請を取り下げます。
  - (1) 基準条例第28条第1項各号又は第2項各号に掲げる者であった場合
  - (2) 暴排条例第22条の規定に基づく勧告を受けた場合
  - (3) 暴排条例第23条の規定に基づく事実の公表を受けた場合
  - (4) 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者であった場合
  - (5) その他暴排条例に抵触した場合
- 5 指定（更新）又は許可（更新）を受けた後に、申請者、申請者の役員及び事業所若しくは施設の管理者が、4のいずれかに該当した場合又は基準条例第6条の2に違反した場合には、本指定（更新）に係る事業（施設）の廃止の届出又は指定の辞退を行います。
- 6 4又は5の場合、貴県に対して異議を申し立てず、かつ、損害賠償を求めません。

| 事業所又は施設の名称                                    | 事業所番号           | 4   | 0 |  |  |  |  |       |  |
|---|-----------------|-----|---|--|--|--|--|-------|--|
| サービスの種類                                       | 事業所又は施設の所在市区町村名 |     |   |  |  |  |  |       |  |
| 役員等名簿（当該事業所の管理者は必ず含まれます。また、代表者についても記入してください。） |                 |     |   |  |  |  |  |       |  |
| (ふりがな)<br>氏 名                                 | 生年月日            | 住 所 |   |  |  |  |  | 性別    |  |
|   | 役職名・呼称          |     |   |  |  |  |  | 就任年月日 |  |
| ( )   |                 | 〒 - |   |  |  |  |  | 男 ・ 女 |  |
|   |                 |     |   |  |  |  |  | 年 月 日 |  |
| ( )   |                 | 〒 - |   |  |  |  |  | 男 ・ 女 |  |
|   |                 |     |   |  |  |  |  | 年 月 日 |  |
| ( )   |                 | 〒 - |   |  |  |  |  | 男 ・ 女 |  |
|   |                 |     |   |  |  |  |  | 年 月 日 |  |



| 役員等名簿（当該事業所の管理者は必ず含まれます。また、代表者についても記入してください。） |        |     |            |
|---|--------|-----|------------|
| (ふりがな)<br>氏名                                  | 生年月日   | 住 所 | 性別         |
|   | 役職名・呼称 |     | 就任年月日      |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |
| ( )   |        | 〒 - | 男・女<br>年月日 |

# 管理者就任書

私は、介護老人保健施設 ○○○○ の管理者として、医療保険各法による保険診療を適正に行い、老人の心身の状況に応じて適切な施設療養その他のサービスを提供する施設運営を行うとともに、介護老人保健施設を管理することに専念し、他の介護保険施設・病院・診療所・社会福祉施設を管理しません。（併設施設であって、管理上支障を生じない場合を除く）

なお、下記については、いずれも該当しません。

1. 医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 7 条第 2 項の規定により医業の停止を命ぜられ、医業停止の期間終了後 2 年を経過しない者。
2. 介護保険法第 102 条の規定により、介護老人保健施設の管理者として変更を命ぜられ、変更された後 2 年を経過しない者。
3. 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 28 条の規定により、病院又は診療所の管理者として変更を命ぜられ、変更された後 2 年を経過しない者。
4. 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 81 条の規定により保険医の登録を取り消され 2 年を経過しない者。

住所

氏名

（記名押印又は署名）

(参考様式2)

事業所(施設)の管理者経歴書

|                 |             |         |               |
|-----------------|-------------|---------|---------------|
| 事業所又は施設名        |             |         |               |
| カナ              |             | 生年月日    |               |
| 氏名              |             | (年齢)    | 年 月 日<br>( 歳) |
| 住所              | (郵便番号 - )   |         |               |
| 電話番号            |             |         |               |
| 主 な 職 歴 等       |             |         |               |
| 年 月 ~ 年 月       | 勤 務 先 等     | 職 務 内 容 |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
|                 |             |         |               |
| 職務に関する資格        |             |         |               |
| 資 格 の 種 類       | 資 格 取 得 年 月 |         |               |
|                 |             |         |               |
| 備 考(研修等の受講の状況等) |             |         |               |
|                 |             |         |               |

備考 1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。  
2 当核管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、『事業所又は施設名』欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。



(別紙 高齢6-2)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表( 年 月分) サービス種類( **老人保健施設・短期入所及び通所リハビリテーション** )  
 事業所名 ( **介護老人保健施設** )  
                     [入所定員(見込)数等 名]  
                     [利用定員(見込)数等 名]

| 職種   | 勤務形態 | 氏名 | 第1週 |   |   |   |   |   |   | 第2週 |   |    |    |    |    |    | 第3週 |    |    |    |    |    |    | 第4週 |    |    |    |    |    |    | 4週の<br>合計 | 週平均<br>の勤務<br>時間 | 常勤換算<br>後の人数 |  |  |  |  |  |
|--|------|----|-----|---|---|---|---|---|---|-----|---|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----------|------------------|--------------|--|--|--|--|--|
|  |      |    | 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 |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
|  |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
| 勤務時間区分 (① : ~ : , h) (② : ~ : , h) (③ : ~ : , h) (④ : ~ : , h)   |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
| (⑤ : ~ : , h) (⑥ : ~ : , h) (⑦ : ~ : , h) (⑧ : ~ : , h) (休 公休, 0h)   |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |
| 兼務者の兼務先(職員氏名:兼務先<兼務職種>(                      :                      <                      > ) (                      :                      <                      > ) (                      :                      <                      > ) ) |      |    |     |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |              |  |  |  |  |  |

- 備考1 \* 欄には、当該月の曜日を記入して下さい。
- 2 申請する事業にかかる従業員全員(管理者を含む)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入して下さい。
- 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入して下さい。
- 勤務形態の区分   A : 常勤で専従   B : 常勤で兼務   C : 常勤以外で専従   D : 常勤以外で兼務**
- 4 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業員が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出して下さい。
- 5 サービス提供が単位(共同生活住居)ごとにおこなわれるサービス種類の場合は、各単位(各共同生活住居)ごとに区分して記入して下さい。
- 6 算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。
- 7 当該事業所・施設にかかる組織体制図を添付してください。

(別紙 高齢6-3)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表( 年 月分)

サービス種類( **通所リハビリテーション** )

事業所名 ( 介護老人保健施設 )

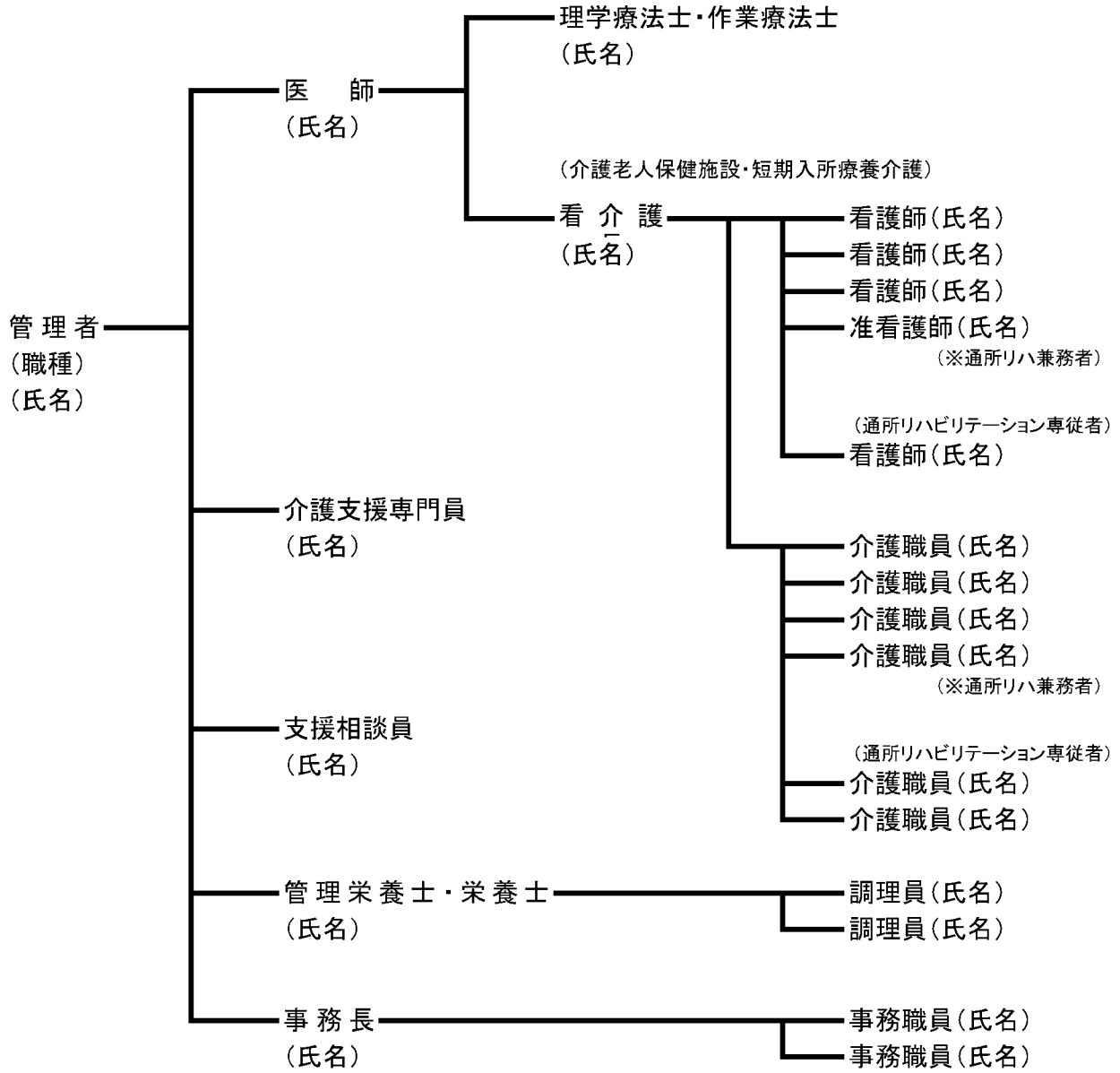
[利用定員(見込)数等

)  
)  
名]

| 担当実施単位                  | 職 種 | 勤務形態 | 氏 名 | 第1週   |   |   |   |   |   |   | 第2週 |   |    |    |    |    |    | 第3週 |    |    |    |    |    |    | 第4週 |    |    |    |    |    |    | 4週の<br>合計 | 週平均<br>の勤務<br>時間 | 常勤換<br>算後の<br>人数 |  |  |
|-------------------------|-----|------|-----|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----------|------------------|------------------|--|--|
|                         |     |      |     | 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 |           |                  |                  |  |  |
|                         |     |      |     |   |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
|                         |     |      |     |   |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
|                         |     |      |     |   |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
|                         |     |      |     |   |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
|                         |     |      |     |   |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
|                         |     |      |     |   |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
|                         |     |      |     |   |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
|                         |     |      |     |   |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
| 通所リハビリテーション実施単位         |     |      |     | 1単位目(定員: 名、営業日< 平日・土曜・日曜・祝日 > 営業時間< : ~ : ><br>2単位目(定員: 名、営業日< 平日・土曜・日曜・祝日 > 営業時間< : ~ : ><br>3単位目(定員: 名、営業日< 平日・土曜・日曜・祝日 > 営業時間< : ~ : > |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
| 勤務時間区分                  |     |      |     | (① : ~ : , h) (② : ~ : , h) (③ : ~ : , h) (④ : ~ : , h)<br>(⑤ : ~ : , h) (⑥ : ~ : , h) (⑦ : ~ : , h) (⑧ : ~ : , h) (休 公休, 0h)             |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |
| 兼務者の兼務先(職員氏名:兼務先<兼務職種>) |     |      |     | ( : < >) ( : < >) ( : < >) ( : < >)   |   |   |   |   |   |   |     |   |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |           |                  |                  |  |  |

- 備考1 \*欄には、当該月の曜日を記入して下さい。
- 申請する事業にかかる従業者全員(管理者を含む)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入して下さい。
  - 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入して下さい。  
**勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務**
  - 常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出して下さい。
  - サービス提供が単位(共同生活住居)ごとにおこなわれるサービス種類の場合は、各単位(各共同生活住居)ごとに区分して記入して下さい。
  - 算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。
  - 当該事業所・施設にかかる組織体制図を添付してください。

# 組 織 図



※ 上記例に従って、業務の指揮命令関係が明確になるよう記載すること。  
 介護老人保健施設(通所リハビリテーション含む)の担当職員(兼務、非常勤の者を含む)の全てを記載すること。  
 通所リハビリテーションを担当する看護・介護職員については、明示すること。

通所リハビリテーション: 単位毎内訳表

|                   |        |                |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|-------------------|--------|----------------|----|--------------|----|---|---|-------------------|----|----------|---|-------|-------|---|---|-------|--|--|--|
| 事業所               | フリガナ   |                |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   | 名称     |                |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 実施単位数             |        | 単位             |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 1日当たり通所リハ総利用者推定数  |        |                |    | 人            |    |   |   | 老人保健施設入所者数        |    |          |   | 人     |       |   |   |       |  |  |  |
| 専用の部屋等の面積         |        |                |    |              |    |   |   | 基準上の必要数値          |    |          |   | 適合の可否 |       |   |   |       |  |  |  |
| (通所リハ利用者食堂の面積を含む) |        | m <sup>2</sup> |    |              |    |   |   | m <sup>2</sup> 以上 |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 全体的な状況            | 営業日    | 日              | 月  | 火            | 水  | 木 | 金 | 土                 | 祝  | その他年間の休日 |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   | 営業時間   | 平日             |    |              |    | ~ |   |                   |    | 土曜       |   |       |       | ~ |   | 日曜・祝日 |  |  |  |
|                   |        | 備考             |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   | 利用定員   | 人              |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   | 利用料    | 法定代理受領分        |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 法定代理受領分以外      |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   | その他の費用 |                |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 通常の事業の実施地域        | ①      | ②              |    |              | ③  |   |   | ④                 |    |          | ⑤ |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   | 備考     |                |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 単位目               | 単位別従業者 | 看護職員           |    | 介護職員         |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 専従             | 兼務 | 専従           | 兼務 |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 常勤(人)          |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 非常勤(人)         |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 基準上の必要人数(人)    |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 適合の可否             |        |                |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 示事項               | 主      | 営業時間           | 平日 |              | ~  |   |   |                   | 土曜 |          | ~ |       | 日曜・祝日 |   | ~ |       |  |  |  |
|                   |        | 備考             |    | (サービス提供時間) ~ |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   | 掲      | 利用定員           | 人  |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 単位目               | 単位別従業者 | 看護職員           |    | 介護職員         |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 専従             | 兼務 | 専従           | 兼務 |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 常勤(人)          |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 非常勤(人)         |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 基準上の必要人数(人)    |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 適合の可否             |        |                |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 示事項               | 主      | 営業時間           | 平日 |              | ~  |   |   |                   | 土曜 |          | ~ |       | 日曜・祝日 |   | ~ |       |  |  |  |
|                   |        | 備考             |    | (サービス提供時間) ~ |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   | 掲      | 利用定員           | 人  |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 単位目               | 単位別従業者 | 看護職員           |    | 介護職員         |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 専従             | 兼務 | 専従           | 兼務 |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 常勤(人)          |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 非常勤(人)         |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   |        | 基準上の必要人数(人)    |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 適合の可否             |        |                |    |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
| 示事項               | 主      | 営業時間           | 平日 |              | ~  |   |   |                   | 土曜 |          | ~ |       | 日曜・祝日 |   | ~ |       |  |  |  |
|                   |        | 備考             |    | (サービス提供時間) ~ |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |
|                   | 掲      | 利用定員           | 人  |              |    |   |   |                   |    |          |   |       |       |   |   |       |  |  |  |



# 介護老人保健施設 施設及び人員基準点検表

(みなし指定の短期入所療養介護、通所リハビリテーション、介護予防短期入所療養介護及び介護予防通所リハビリテーションを含む)

## 施設名

|      |
|------|
| 併設状況 |
|------|

### 施設の概要

|        | 変更前 |     | 変更後 |     |
|--------|-----|-----|-----|-----|
|        | I型  | II型 | I型  | II型 |
| 入所定員   | 人   |     | 人   |     |
| 人員配置区分 | I型  | II型 | I型  | II型 |
| 認知症専門棟 | あり  | なし  | あり  | なし  |
| 定員     | 人   | —   | 人   | —   |
| 通所総定員  | 人   |     | 人   |     |
| 1単位目   | 人   | 人   | 人   | 人   |
| 2単位目   | 人   | 人   | 人   | 人   |
| 3単位目   | 人   | 人   | 人   | 人   |
| 4単位目   | 人   | 人   | 人   | 人   |
| 5単位目   | 人   | 人   | 人   | 人   |

### 人員基準

|                              | 変更前 | 変更後 | 基準人員 | 計算方法   |
|------------------------------|-----|-----|------|--|
| <b>入所(短期入所及び介護予防短期入所を含む)</b> |     |     |      |  |
| 医師                           | 人   | 人   | 人    | 常勤換算方法で入所者数を100で除して得た数<br>医療機関併設以外の施設は、常勤医師が1人以上必要   |
| PT・OT・(ST)                   | 人   | 人   | 人    | (加算なしの場合)<br>常勤換算方法で入所者数を100で除して得た数<br>(PT・OT)<br>(加算ありの場合)<br>「加算なし」の人員基準を満たした上で、常勤換算方法で入所者数を50で除して得た数以上(PT・OT・ST)                          |
| 支援相談員                        | 人   | 人   | 人    | 常勤換算方法で入所者数を100で除して得た数(常勤者であること)   |
| 介護支援専門員                      | 人   | 人   | 人    | 入所者数が100又はその端数を増すごとに1  |
| 看護・介護職員                      | 人   | 人   | 人    | (I型)常勤換算方法で、入所者数を3で除して得た数(端数切上げ)<br>(II型)常勤換算方法で、入所者数を3.6で除して得た数(端数切上げ)  |
| うち看護                         | 人   | 人   | 人    | 合計人員の7分の2程度  |
| うち介護                         | 人   | 人   | 人    | 合計人員の7分の5程度  |
| <b>通所(介護予防通所含む)</b>          |     |     |      |  |
| 医師                           | 人   | 人   | 人    | 常勤(専任)1以上(頭数)<br>※入所担当医師や、併設医療機関の医師との兼務可   |
| 1単位目                         | 人   | 人   | 人    | 利用者が10人までは1人とし、10人を超える場合は、常勤換算方法で10:1上確保されていること。<br><br>そのうち、専ら通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、常勤換算方法で、利用者が100人又はその端数を増すごとに1以上確保されること。 |
| 2単位目                         | 人   | 人   | 人    |  |
| 3単位目                         | 人   | 人   | 人    |  |
| 4単位目                         | 人   | 人   | 人    |  |
| 5単位目                         | 人   | 人   | 人    |  |
| 6単位目                         | 人   | 人   | 人    |  |
| 7単位目                         | 人   | 人   | 人    |  |
| 8単位目                         | 人   | 人   | 人    |  |
| 9単位目                         | 人   | 人   | 人    |  |
| 10単位目                        | 人   | 人   | 人    |  |

### 施設基準

|                         | 変更前            | 変更後            | 基準面積等             | 計算方法   |
|-------------------------|----------------|----------------|-------------------|--|
| <b>入所者(短期入所者を含む)用施設</b> |                |                |                   |  |
| 食堂                      | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup>    | 入所定員×2m <sup>2</sup> 以上<br>※平成4年9月30日以前開設分は入所定員×1m <sup>2</sup> 以上 |
| 機能訓練室                   | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup>    | 入所定員×1m <sup>2</sup> 以上  |
| 談話室                     | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | (m <sup>2</sup> ) | 入所定員×0.5m <sup>2</sup> 以上が目安(平成12年3月31日以前の基準)                      |
| レクリエーションルーム             | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | —                 | 設けること  |
| 認知症専門棟                  | 人              | 人              | m <sup>2</sup>    | 認知症専門棟定員×2m <sup>2</sup> 以上  |
| 家族介護教室                  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | 30m <sup>2</sup>  | 30m <sup>2</sup> 以上  |
| 個室                      | 室              | 室              | 室                 | 認知症専門棟定員の1割以上  |
| <b>通所者用施設</b>           |                |                |                   |  |
| 食堂                      | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup>    | 通所総定員×2m <sup>2</sup> 以上   |
| 機能訓練室                   | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup>    | 通所総定員×1m <sup>2</sup> 以上   |

## 協力病院等一覧

|                                     |              |   |
|-------------------------------------|--------------|---|
| 名 称                                 |              |   |
| 所 在 地                               |              |   |
| 診 療 科 名                             |              |   |
| 病 床 数                               |              |   |
| 職員の配置状況<br>(併設の場合は略)<br><br>※実人員で記入 | 医 師          | 床 |
|                                     | 看 護 師        | 人 |
|                                     | 准看護師         | 人 |
|                                     | そ の 他        | 人 |
| 施設からの距離                             | m (徒歩 分:車 分) |   |
| 契約内容                                | 別紙契約書のとおり    |   |

|                                     |              |   |
|-------------------------------------|--------------|---|
| 名 称                                 |              |   |
| 所 在 地                               |              |   |
| 診 療 科 名                             |              |   |
| 病 床 数                               |              |   |
| 職員の配置状況<br>(併設の場合は略)<br><br>※実人員で記入 | 医 師          | 床 |
|                                     | 看 護 師        | 人 |
|                                     | 准看護師         | 人 |
|                                     | そ の 他        | 人 |
| 施設からの距離                             | m (徒歩 分:車 分) |   |
| 契約内容                                | 別紙契約書のとおり    |   |

|                                     |              |   |
|-------------------------------------|--------------|---|
| 名 称                                 |              |   |
| 所 在 地                               |              |   |
| 診 療 科 名                             |              |   |
| 病 床 数                               |              |   |
| 職員の配置状況<br>(併設の場合は略)<br><br>※実人員で記入 | 医 師          | 床 |
|                                     | 看 護 師        | 人 |
|                                     | 准看護師         | 人 |
|                                     | そ の 他        | 人 |
| 施設からの距離                             | m (徒歩 分:車 分) |   |
| 契約内容                                | 別紙契約書のとおり    |   |

## 併 設 施 設 の 概 要

|                        |              |             |
|------------------------|--------------|-------------|
| 名 称                    |              |             |
| 施 設 種 別                |              |             |
| 所在地(電話番号)              | ( )          |             |
| ベ ッ ド 数                | 床            |             |
| 病 ( 居 ) 室 数            | 室            |             |
| 診 療 科 名<br>(医療機関の場合)   |              |             |
| 職員の配置状況<br><br>※実人員で記入 | 医 師          | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 看 護 婦        | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 准看護婦         | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 介 護 職 員      | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 相談指導員        | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 理学療法士        | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 作業療法士        | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 管理栄養士        | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 栄 養 士        | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 薬 剤 師        | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 調 理 員        | 人(うち兼務職員 人) |
|                        | 事 務 員        | 人(うち兼務職員 人) |
| そ の 他                  | 人(うち兼務職員 人)  |             |
| 施設との位置関係               | m 別添:配置図のとおり |             |

|                           |     |    |    |
|---------------------------|-----|----|----|
| 計画作成担当者<br>(介護支援専門員)<br>数 |     | 専従 | 兼務 |
|                           | 常勤  |    |    |
|                           | 非常勤 |    |    |

| 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧 |            |      |   |  |  |        |             |             |  |  |
|---------------------|------------|------|---|--|--|--------|-------------|-------------|--|--|
|                     | 氏名         | 登録番号 |   |  |  | 交付都道府県 | 就労開始<br>年月日 | 就労終了<br>年月日 | 勤務形態<br>(いずれかに○)                               |  |
| ①                   | フリガナ<br>氏名 | 4    | 0 |  |  | 福岡県    | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |
| ②                   | フリガナ<br>氏名 |      |   |  |  |        | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |
| ③                   | フリガナ<br>氏名 |      |   |  |  |        | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |
| ④                   | フリガナ<br>氏名 |      |   |  |  |        | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |
| ⑤                   | フリガナ<br>氏名 |      |   |  |  |        | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |
| ⑥                   | フリガナ<br>氏名 |      |   |  |  |        | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |
| ⑦                   | フリガナ<br>氏名 |      |   |  |  |        | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |
| ⑧                   | フリガナ<br>氏名 |      |   |  |  |        | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |
| ⑨                   | フリガナ<br>氏名 |      |   |  |  |        | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |
| ⑩                   | フリガナ<br>氏名 |      |   |  |  |        | 西暦<br>年 月 日 | 西暦<br>年 月 日 | (01)常勤専従<br>(03)常勤兼務<br>(02)非常勤専従<br>(04)非常勤兼務 |  |

- 備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。  
2 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業に記載した書類を添付してください。

## 2 許可更新事務の概要について

# 許可更新事務の概要

## 1 概要

- 介護保険制度の改正に伴い事業者規制の見直しの観点から、許可の更新制(6年間)が導入された。
- 全ての指定・許可を受けた介護保険事業所・施設(以下「事業所等」という。)は、当該許可日又は許可更新日から6年を経過する日が「更新期限」となり、その翌日が「更新予定日」となる。

(例)

| 許可日(新規施設)<br>許可更新日 | 更新期限<br>(有効期限満了日) | 更新予定日<br>(有効期限満了日の翌日) |
|--------------------|-------------------|-----------------------|
| 平成29年7月1日          | 令和5年6月30日         | 令和5年7月1日              |
| 平成30年7月1日          | 令和6年6月30日         | 令和6年7月1日              |
| 令和元年8月1日           | 令和7年7月31日         | 令和7年8月1日              |

## 2 許可更新申請・審査

許可更新時期を迎える施設に対しては、所管する県・市は許可更新申請の案内を行う。

許可更新申請書の受理後、所管の県・市は、許可要件の審査を行う。審査に当たっては、新規許可の申請に係る審査と同様の書類等の審査を行うほか、必要により現地において事業の運営状況等の審査を行う。(根拠法令：介護保険法第70条の2、第70条ほか)

- (1) 人員基準：雇用及び勤務形態、加算に伴う人員、資格や研修修了の有無等の確認を行う。
- (2) 設備基準：現時点の図面等による施設の利用状況及び施設の保有関係等の確認を行う。
- (3) 運営基準：必要に応じて契約書、記録等の確認を行う。

なお、休止中の事業所等や許可要件を満たさない施設には更新を認めない。

許可更新申請に当たっては、所管の県・市は手数料を徴収する。この手数料は審査のための手数料なので、更新できない場合も返還しない。

### 3 介護老人保健施設に関する事項

### 3 介護老人保健施設に関する事項

#### 【基本方針】

#### ○介護老人保健施設

施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

施設は、入所者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。（令和6年3月31日までは努力義務）

施設サービスを提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

（介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第40号。以下「施設サービス基準」という。）第1条の2）

#### 1 人員に関する基準（施設サービス基準第2条、第23条、第24条、第24条の2）

##### （1）管理者

ア 施設の管理者は、専ら当該介護老人保健施設の職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、当該介護老人保健施設の管理上支障のない場合は、同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとし、管理者が本体施設（介護老人保健施設に限る。以下同じ。）に従事する場合であって、当該本体施設の管理上支障のない場合は、サテライト型小規模介護老人保健施設、サテライト型特定施設又はサテライト型居住施設の職務に従事することができるものとする。

イ 施設の管理者は、当該介護老人保健施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

ウ 施設の管理者は、従業者にこの章の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

##### （2）医師

常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上

##### （3）薬剤師

ア 介護老人保健施設の実情に応じた適當数



イ 入所者の数を 300 で除した数以上が標準であること。

(4) 看護職員（看護師若しくは准看護師）又は介護職員

ア 総数

常勤換算方法で、入所者の数が 3 又はその端数を増すごとに 1 以上

イ 看護職員、介護職員の数

看護職員の員数は看護・介護職員の総数の 7 分の 2 程度を、介護職員の員数は看護・介護職員の総数の 7 分の 5 程度をそれぞれ標準とする。

「看護・介護職員の総数」とは、同号により置くべきとされている看護・介護職員の員数をいうこと。

ウ 常勤・非常勤について

直接入所者の処遇に当たる職員であるので、当該介護老人保健施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければならないこと。ただし、業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により業務の円滑化が図られる場合及び看護・介護職員が当該介護老人保健施設に併設される介護サービス事業所の職務に従事する場合は、次の二つの条件を満たす場合に限り、その一部に非常勤職員を充てても差し支えないこと。

- (1) 常勤職員である看護・介護職員が基準省令によって算定される員数の 7 割程度確保されていること。
- (2) 常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が常勤職員を充てる場合の勤務時間数以上であること。

また、併設事業所の職務に従事する場合は、当該介護老人保健施設において勤務する時間が勤務計画表によって管理されていなければならないが、介護老人保健施設の看護・介護職員の常勤換算方法における勤務延時間に、併設事業所の職務に従事する時間は含まれないものであること。

(5) 支援相談員 1 以上（常勤職員配置）

ア 入所者の数が 100 を超える場合にあつては、常勤の支援相談員 1 名に加え、常勤換算方法で、100 を超える部分を 100 で除して得た数以上

イ 保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てること。

- ①入所者及び家族の処遇上の相談
- ②レクリエーション等の計画、指導
- ③市町村との連携
- ④ボランティアの指導

(6) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士

ア 常勤換算方法で、入所者の数を 100 で除して得た数以上

イ 理学療法士等は、施設の入所者等に対するサービスの提供時間帯以外の時間において指定訪問リハビリテーションのサービス提供に当たることは差し支えないものである。

ただし、施設の理学療法士等の常勤換算方法における勤務時間数に、指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間は含まれないこと。

(7) 栄養士又は管理栄養士

ア 入所定員 100 以上の介護老人保健施設にあつては、1 以上（常勤職員）

イ ただし、同一敷地内にある病院等の栄養士又は管理栄養士がいることにより、栄養管理に支障がない場合には、兼務職員をもって充てても差し支えないこと。

なお、100 人未満の施設においても常勤職員の配置に努めるべきであること。

(8) 介護支援専門員 1 以上（入所者数が 100 又はその端数を増すごとに 1 を標準とする。）

介護支援専門員は、専らその職務に従事する常勤の者でなければならない。

入所者数が 100 人未満の介護老人保健施設にあつても 1 人は配置されていなければならない。ただし、増員に係る介護支援専門員については、非常勤とすることを妨げるものではない。

（計画担当介護支援専門員の責務）

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

一 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。

二 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録すること。

三 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。

四 苦情の内容等を記録すること。

五 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。

(9) 調理員、事務員その他の従業者

介護老人保健施設の実情に応じた適当数

(10) 職員の専従（施設サービス基準第2条第4項）

介護老人保健施設の従業者は、専らその職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、この限りではない。

(11) 勤務体制の確保等

○介護老人保健施設（施設サービス基準第26条）

- ア 施設は、入所者に対し、適切な介護保健施設サービスを提供することができるよう、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。
- イ 施設は、当該施設の従業者によって介護保健施設サービスを提供しなければならない。ただし、入所者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。
- ウ 施設は、従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。その際、当該介護老人保健施設は全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、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、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。（令和6年3月31日までは努力義務）
- エ 施設は、適切な介護保健施設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従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

○ユニット型介護老人保健施設（施設サービス基準第48条）

- ア～エ 介護老人保健施設と同様
- オ 前アの従業者の勤務の体制を定めるに当たっては、入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、継続性を重視したサービスの提供に配慮する観点から、次の各号に定める職員配置を行わなければならない。
  - 一 昼間については、ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置すること。
  - 二 夜間及び深夜については、2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置すること。
  - 三 ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置すること。

(12) 人員基準欠如による減算

ア 看護職員又は介護職員の員数が、厚生労働大臣が定める基準に該当しない場合  
看護職員又は介護職員の員数が、施設サービス基準第2条に定める員数を置いていない場合（看護、介護職員不足等）には、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を用いて算定する。

この場合

ア 人員基準上必要とされる員数から1割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する。  
イ 人員基準上必要とされる員数から1割の範囲内で減少した場合には、当該月の翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する。（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）

イ 医師の数が、厚生労働大臣が定める基準に該当しない場合

医師の数が、施設サービス基準第2条に定める員数を置いていない場合には、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を用いて算定する。

ウ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数が、厚生労働大臣が定める基準に該当しない場合

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数が、施設サービス基準第2条に定める員数を置いていない場合には、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を用いて算定する。

エ 介護支援専門員の員数が、厚生労働大臣が定める基準に該当しない場合

介護支援専門員の員数が、施設サービス基準第2条に定める員数を置いていない場合には、所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数を用いて算定する。

このイ、ウ、エの場合

当該月の翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する。（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）

## ※用語

### 「常勤換算方法」

当該施設の従業者の1週間の勤務延時間数を当該施設において常勤の従業者が1週間に勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該施設の従業者の員数を常勤の員数に換算する方法。

なお、常勤の従業者の休暇や出張等の期間については、その期間が暦月で1月を超えるものでない限り、常勤の従業者として勤務したものとして取り扱う。非常勤の従業者の休暇や出張等の期間については、サービス提供に従事する時間とはいえないので、勤務延時間数には含めない。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置（以下「育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、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として取り扱うことを可能とする。

### 「勤務延時間数」

勤務表上、介護老人保健施設サービスの提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間の合計数とする。

なお、従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設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する。

### 「常勤」

当該施設における勤務時間が、当該施設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（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。

ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が施設として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

当該施設に併設される事業所の職務であつて、当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものである。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第2号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとする。

#### 「前年度の平均値」

- ①当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。
- ②新設（事業の再開の場合を含む。以下同じ。）又は増床分のベッドに関して、前年度において1年未満の実績しかない場合（前年度の実績が全くない場合を含む。）の入所者数は、新設又は増床の時点から6月未満の間は、便宜上、ベッド数の90%を入所者数とし、新設又は増床の時点から6月以上1年未満の間は、直近の6月における入所者延数を6月間の日数で除して得た数とし、新設又は増床の時点から1年以上経過している場合は、直近1年間における入所者延数を1年間の日数で除して得た数とする。
- ③減床の場合には、減床後の実績が3月以上あるときは、減床後の入所者延べ数を延日数で除して得た数とする。

## 2 設備に関する基準

### ○介護老人保健施設（施設サービス基準第3条）

（1）介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有しなければならない。ただし、サテライト型小規模介護老人保健施設の場合にあつては、本体施設の施設を利用することにより当該サテライト型小規模介護老人保健施設及び当該本体施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、調理室、洗濯室又は洗濯場及び汚物処理室を、医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合にあつては、併設される介護医療院又は病院若しくは診療所の施設を利用することにより、当該医療機関併設型小規模介護老人保健施設及び当該介護医療院又は病院若しくは診療所の入所者及び入院患者の処遇が適切に行われると認められるときは、療養室及び診察室を除き、これらの施設を有しないことができる。

- 一 療養室
- 二 診察室
- 三 機能訓練室
- 四 談話室
- 五 食堂
- 六 浴室
- 七 レクリエーション・ルーム
- 八 洗面所
- 九 便所
- 十 サービス・ステーション
- 十一 調理室
- 十二 洗濯室又は洗濯場
- 十三 汚物処理室

（2）前項各号に掲げる施設の基準は、次のとおりとする。

- 一 療養室
  - イ 一の療養室の定員は、4人以下とすること。
  - ロ 入所者1人当たりの床面積は、8㎡以上とすること。
  - ハ 地階に設けてはならないこと。
  - ニ 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。

- ホ 寝台又はこれに代わる設備を備えること。
- ヘ 入所者の身の回り品を保管することができる設備を備えること。
- ト ナース・コールを設けること。

## 二 機能訓練室

1 m<sup>2</sup>に入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。ただし、サテライト型小規模介護老人保健施設又は医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合にあっては、機能訓練室は40m<sup>2</sup>以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。

## 三 談話室

入所者同士や入所者とその家族が談話を楽しめる広さを有すること。

## 四 食堂

2 m<sup>2</sup>に入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有すること。

## 五 浴室

- イ 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。
- ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。

## 六 レクリエーション・ルーム

レクリエーションを行うために十分な広さを有し、必要な設備を備えること。

## 七 洗面所

療養室のある階ごとに設けること。

## 八 便所

- イ 療養室のある階ごとに設けること。
- ロ ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、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。
- ハ 常夜灯を設けること。

(3) 第一項各号に掲げる施設は、専ら当該介護老人保健施設の用に供するものでなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、この限りでない。



## 構造設備の基準（施設サービス基準第4条）

（1）介護老人保健施設の構造設備の基準は、次のとおりとする。

- 一 介護老人保健施設の建物は、耐火建築物とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす2階建て又は平屋建ての介護老人保健施設の建物にあっては、準耐火建築物とすることができる。
  - イ 療養室その他の入所者の療養生活に充てられる施設を2階及び地階のいずれにも設けていないこと。
  - ロ 療養室等を2階又は地階に設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと。
    - （i）当該介護老人保健施設の所在地を管轄する消防長（消防本部を設置しない市町村にあっては、市町村長。以下同じ。）又は消防署長と相談の上、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画に入所者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること。
    - （ii）訓練については、消防計画等に従い、昼間及び夜間において行うこと。
    - （iii）火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備すること。
- 二 療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ1以上設けること。
- 三 療養室等が3階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を2以上設けること。ただし、直通階段を避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。
- 四 階段には、手すりを設けること。
- 五 廊下の構造は、次のとおりとすること。
  - イ 幅は、1.8m以上とすること。ただし、中廊下の幅は、2.7m以上とすること。
  - ロ 手すりを設けること。
  - ハ 常夜灯を設けること。
- 六 入所者に対する介護保健施設サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えること。
- 七 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

(2) (1)にかかわらず、都道府県知事（指定都市及び中核市にあっては、指定都市又は中核市の市長。以下同じ。）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介護老人保健施設の建物であって、火災に係る入所者の安全性が確保されていると認めるときは、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ものであること。

#### ○ユニット型介護老人保健施設（施設サービス基準第41条）

(1) ユニット型介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有しなければならない。ただし、ユニット型サテライト型小規模介護老人保健施設の場合にあっては、本体施設の施設を利用することにより、当該ユニット型サテライト型小規模介護老人保健施設及び当該本体施設の入居者の処遇が適切に行われると認められるときは、調理室、洗濯室又は洗濯場及び汚物処理室を、ユニット型医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合にあっては、併設される介護医療院又は病院若しくは診療所の施設を利用することにより、当該ユニット型医療機関併設型小規模介護老人保健施設及び当該介護医療院又は病院若しくは診療所の入居者又は入院患者の処遇が適切に行われると認められるときは、療養室及び診察室を除き、これらの施設を有しないことができる。

- 一 ユニット
- 二 診察室
- 三 機能訓練室
- 四 浴室
- 五 サービス・ステーション
- 六 調理室
- 七 洗濯室又は洗濯場
- 八 汚物処理室

(2) 前項各号に掲げる施設の基準は、次のとおりとする。

一 ユニット

イ 療養室

- (i) 一の療養室の定員は、1人とする。ただし、入居者への介護保健施設サービスの提供上必要と認められる場合は、2人とすることができる。
- (ii) 療養室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設けること。ただし、一のユニットの入居定員は、原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないものとする。
- (iii) 一の療養室の床面積等は、10.65㎡以上とすること。ただし、(1)ただし書の場合にあつては、21.3㎡以上とすること。
- (iv) 地階に設けてはならないこと。
- (v) 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。
- (vi) 寝台又はこれに代わる設備を備えること。
- (vii) 入居者の身の回り品を保管することができる設備を備えること。
- (viii) ナース・コールを設けること。

ロ 共同生活室

- (i) 共同生活室は、いずれかのユニットに属するものとし、当該ユニットの入居者が交流し、共同で日常生活を営むための場所としてふさわしい形状を有すること。
- (ii) 一の共同生活室の床面積は、2㎡に当該共同生活室が属するユニットの入居定員を乗じて得た面積以上を標準とすること。
- (iii) 必要な設備及び備品を備えること。

ハ 洗面所

- (i) 療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること。
- (ii) 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。

ニ 便所

- (i) 療養室ごとに設けるか、又は共同生活室ごとに適当数設けること。
- (ii) ブザー又はこれに代わる設備を設けるとともに、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。
- (iii) 常夜灯を設けること。

二 機能訓練室

1㎡に入居定員数を乗じて得た面積以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。ただし、ユニット型サテライト型小規模介護老人保健施設又はユニット型医療機関併設型小規模介護老人保健施設の場合は、機能訓練室は40㎡以上の面積を有し、

必要な器械・器具を備えること。

### 三 浴室

イ 身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。

ロ 一般浴槽のほか、入浴に介助を必要とする者の入浴に適した特別浴槽を設けること。

(3) 機能訓練室及び浴室は、専ら当該ユニット型介護老人保健施設の用に供するものでなければならない。ただし、入居者に対する介護保健施設サービスの提供に支障がない場合は、この限りでない。

(4) (3)に規定するもののほか、ユニット型介護老人保健施設の設備構造の基準は、次に定めるところによる。

一 ユニット型介護老人保健施設の建物（入居者の療養生活のために使用しない附属の建物を除く。）は、耐火建築物とすること。ただし、次のいずれかの要件を満たす2階建て又は平屋建てのユニット型介護老人保健施設の建物にあっては、準耐火建築物とすることができる。

イ 療養室等を2階及び地階のいずれにも設けていないこと。

ロ 療養室等を2階又は地階に設けている場合であって、次に掲げる要件の全てを満たすこと。

(i) 当該ユニット型介護老人保健施設の所在地を管轄する消防長又は消防署長と相談の上、消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画に入居者の円滑かつ迅速な避難を確保するために必要な事項を定めること。

(ii) 消防訓練については、消防計画等に従い、昼間及び夜間において行うこと。

(iii) 火災時における避難、消火等の協力を得ることができるよう、地域住民等との連携体制を整備すること。

二 療養室等が2階以上の階にある場合は、屋内の直通階段及びエレベーターをそれぞれ1以上設けること。

三 療養室等が3階以上の階にある場合は、避難に支障がないように避難階段を二以上設けること。ただし、直通階段を避難階段としての構造とする場合は、その直通階段の数を避難階段の数に算入することができる。

四 階段には、手すりを設けること。

五 廊下の構造は、次のとおりとすること。

イ 幅は、1.8m以上とすること。ただし、中廊下の幅は、2.7m以上とすること。なお、廊下の一部の幅を拡張することにより、入居者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないと認められる場合には、1.5m以上（中廊下にあつては、1.8m以上）として差し支えない。

ロ 手すりを設けること。

ハ 常夜灯を設けること。

六 入居者に対する介護保健施設サービスの提供を適切に行うために必要な設備を備えること。

七 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けること。

(5) (4)の規定にかかわらず、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ユニット型介護老人保健施設の建物であつて、火災に係る入居者の安全性が確保されていると認めたときは、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ものであること。

### 3 運営に関する基準

#### (1) 内容及び手続の説明及び同意（施設サービス基準第5条）

ア 施設は、施設サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者から同意を得なければならない。

イ 「入所申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項」とは、運営規程の概要、従業者の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等である。

#### (2) 提供拒否の禁止・サービス提供困難時の対応等（施設サービス基準第5条の2・3）

ア 施設は、正当な理由なく、サービスの提供を拒んではならない。

イ 入所申込者の病状等を勘案し、入所申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な病院又は診療所を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならない。

#### (3) 受給資格等の確認（施設サービス基準第6条）

ア 施設は、サービスの提供を求められた場合には、その者が提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

イ 施設は、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、介護保健施設サービスを提供するように努めなければならない。

#### (4) 要介護認定の申請に係る援助（施設サービス基準第7条）

ア 施設は、入所の際に要介護認定を受けていない入所申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、入所申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

イ 施設は、要介護認定の更新の申請が遅くとも当該入所者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前には行われるよう必要な援助を行わなければならない。

#### (5) 入退所（施設サービス基準第8条）

ア 施設は、その心身の状況及び病状並びにその置かれている環境に照らし看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる者を対象に、施設サービスを提供するものとする。

イ 施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超過している場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、施設サービス

を受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。

ウ 施設は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めなければならない。

エ 施設は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録しなければならない。

オ 検討に当たっては、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。

カ 施設は、入所者の退所に際しては、その者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

#### (6) サービスの提供の記録（施設サービス基準第9条）

ア 施設は、入所に際しては入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、当該者の被保険者証に記載しなければならない。

イ 施設は、施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。

#### (7) 利用料等の受領（施設サービス基準第11条、第42条）

ア 施設は、法定代理受領サービスに該当する施設サービスを提供した際には、入所者・入居者から利用料の一部として、当該施設サービスについて厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額から当該施設に支払われる施設介護サービス費の額を控除して得られた額の支払を受けるものとする。

イ 施設は、法定代理受領サービスに該当しない介護保健施設サービスを提供した際に入所者・入居者から支払を受ける利用料の額と、施設サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

ウ 施設は、前ア、イの支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を受けることができる。

- 一 食事の提供に要する費用
- 二 居住に要する費用

三 厚生労働大臣の定める基準（※1）に基づき入所者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用

四 厚生労働大臣の定める基準（※1）に基づき入所者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用

※1 厚生労働大臣の定める利用者等が選定する特別な居室等の提供に係る基準（平成12年3月30日厚生省告示第123号）

五 理美容代

六 前各号に掲げるもののほか、介護保健施設サービスにおいて提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その入所者に負担させることが適当と認められるもの

エ 前ウの第一号から第四号までに掲げる費用については、別に厚生労働大臣が定めるところ（※2）によるものとする。

※2 居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針

オ 前ウの各号に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所者・入居者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用を記した文書を交付して説明を行い、入所者・入居者の同意を得なければならない。ただし、ウの第一号から第四号までに掲げる費用に係る同意については、文書によるものとする。

## （8）取扱方針

### ア 介護老人保健施設（施設サービス基準第13条）

（ア）施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

（イ）施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的にならないよう配慮して行わなければならない。

（ウ）従業者は、サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければならない。

（エ）施設は、入所者又は他の入所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、身体的拘束等を行ってはならない。

（オ）施設は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所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。

（カ）施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、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（テレビ電話装置等その他の情報通信機器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に実施すること。

(キ) 上記(カ)イの身体的拘束適正化検討委員会は、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、支援相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、身体的拘束適正化検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、関係する職種、取り扱う事項等が相互に関係が深いと認められる他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。身体的拘束適正化検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、身体的拘束適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等が考えられる。

また、身体的拘束適正化検討委員会は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「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」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

- イ 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。
- ロ 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、身体的拘束等について報告すること。
- ハ 身体的拘束適正化検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。
- ニ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。
- ホ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。
- ヘ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

(ク) 上記(カ)ロの施設が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。

- イ 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方
- ロ 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項
- ハ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針
- ニ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針
- ホ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針
- ヘ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ト その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針

(ケ) 上記(カ)ハの介護職員その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該介護老人保健施設における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該介護老人保健施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要である。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

(コ) 施設は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

#### イ 介護老人保健施設(ユニット型) (施設サービス基準第43条)

(ア) 施設サービスは、入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援助を行うことにより、入居者の日常生活を支援するものとして行われなければならない。

(イ) 施設サービスは、各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して行われなければならない。

(ウ) 施設サービスは、入居者のプライバシーの確保に配慮して行われなければならない。

(エ) 施設サービスは、入居者の自立した生活を支援することを基本として、入居者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を常に把握しながら、適切に行われなければならない。

(オ) 従業者は施設サービスの提供に当たって、入居者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行われなければならない。