

介護保険サービス提供事業者 指定更新の留意点について

平成23年6月

県南広域振興局保健福祉環境部

目次

第1部 指定更新事務の概要

1 指定更新の対象について	1
(1) 対象事業者	1
(2) 対象とならない事業者(みなし指定事業者について)	1
2 有効期間等について	2
3 指定更新の要件	2
4 指定更新事務の流れ	3
(1) 一般的な流れ	3
(2) 有効期間満了日が平成24年3月31日である事業所の受付期間	4
5 留意事項	4
(1) 指定更新の考え方	4
(2) 休止中の事業所について	4

第2部 指定更新申請の手続き

1 更新申請に必要な書類	5
2 様式等	5
(1) 指定更新申請書及び添付書類	5
(2) 指定更新申請書記載例	5
3 更新申請にあたっての留意点	5
※指定更新申請書等記載例	6～8
※指定更新申請に係る添付書類一覧	9
4 指定更新申請に係る添付書類説明	10
5 その他	10
6 申請書類チェックリスト	11
※【参考】	11

第1部 指定更新事務の概要

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」といいます。）に基づいて指定した事業者は、平成18年4月の制度改正により、基準適合状況を定期的に確認するため、指定の効力に6年間の期限が設けられました。このため、事業者は指定日から6年を経過する毎に指定の効力を失うこととなるため、有効期間満了までに指定の更新申請をしなければなりません。

1 指定更新の対象について

(1) 対象事業者

指定更新の対象事業者は、以下の通りです。

- ① 指定居宅サービス事業者（法第70条の2）
- ② 指定介護予防サービス事業者（法第115条の11）
- ③ 指定地域密着型サービス事業者（法第78条の12）
- ④ 指定地域密着型介護予防サービス事業者（法第115条の21）
- ⑤ 指定居宅介護支援事業者（法第79条の2）
- ⑥ 指定介護予防支援事業者（法第115条の31）
- ⑦ 指定介護老人福祉施設（法第86条の2）
- ⑧ 介護老人保健施設（法第94条の2）
- ⑨ 指定介護療養型医療施設（法第107条の2）

このうち、③指定地域密着型サービス事業者、④指定地域密着型介護予防サービス事業者、⑥指定介護予防支援事業者は、各保険者（市町村）で手続を行うことになります。

また、複数の保険者から指定を受けている地域密着型サービス事業所は、指定を受けているそれぞれの保険者に対して、指定更新申請を行う必要があります。

(2) 対象とならない事業者（みなし指定事業者について）

法第71条、72条及び115条の11規定により指定があったものとみなされた事業者については、指定における規定が更新にも準用されており、申請する必要はありません。

- ① 保険医療機関（病院、診療所）が行う
 - ・訪問看護、介護予防訪問看護
 - ・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
 - ・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
 - ・居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導
- ② 保険薬局が行う
 - ・居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導
- ③ 介護老人保健施設が行う
 - ・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
 - ・短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護
- ④ 指定介護療養型医療施設が行う
 - ・短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護

2 有効期間等について

指定の更新に係る有効期間は6年間ですので、事業者は指定日（および前回更新日）から6年を経過する毎に指定の更新を受けなければ、有効期間満了により指定の効力を失い、事業を継続することはできません。

平成18年4月1日指定の介護予防サービス事業所については、平成24年3月31日に有効期限を迎える事業所が県南局管内で380件ありますので、特にご留意ください。

3 指定更新の要件

指定更新の要件は次のとおりです。

① 申請者が法人格を有していること

（個人による経営が認められている病院、診療所により行われる居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護及び薬局により行われる居宅療養管理指導については不要（いずれも介護予防を含む。））

② 事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が厚生労働省の基準を満たしていること

③ 事業の設備及び運営に関する基準に従って事業の運営ができること

④ 申請者、申請者の役員等、申請に係る事業所の管理者が、欠格事由に該当しない者であること

※ ここでいう法人格とは、営利・非営利を問わず、法人格を有していればこの要件を満たすこととなります。

※ 欠格事由はサービスごとに定められており、根拠条文が違います。

具体的な要件はサービスの種類ごとに違っていきますので、関係法令を確認して下さい。

4 指定更新事務の流れ

(1) 一般的な流れ

確認



確認・準備



更新申請



審査



更新通知

- 岩手県が指定する事業者については、下記ホームページより事前確認をお願いいたします。

(事業所の「有効期間満了年月日一覧」が掲載されております。)

「岩手県保健福祉部長寿社会課のホームページ」

→ 統計情報DB → 介護保険に係る指定事業所一覧

URL : <http://www.pref.iwate.jp>

- 更新申請受付期間を確認の上、更新申請書類の確認・準備をしてください。

- サービス種類毎、申請期限までに更新申請書類を下記へ提出ください。

提出先	サービスの種類
県南広域振興局保健福祉環境部 長寿社会課 〒023-0053 奥州市水沢区大手町5-5 0197-22-2850	指定居宅サービス 指定介護予防サービス 指定居宅介護支援 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設

指定更新の申請期限は、指定有効期間満了日の属する月の2ヶ月前の末日とします。

ただし、平成24年3月31日に有効期間満了日となる事業所については、次ページのとおりです。

- 審査は事業所毎、サービス種類毎に行い、申請書及び添付書類等の書類審査を行います。なお、場合によっては現地確認調査等を行うこともあります。

- 審査の結果、問題がなければ、指定更新通知を行います。

(2) 有効期間満了日が平成24年3月31日である事業所の受付期間

有効期間満了日が平成24年3月31日である事業所については、事業所・施設数が非常に多いことから事務の都合上、処理が集中しないよう下記日程までに指定更新申請書類をご提出ください。ご協力をお願いいたします。

有効期間満了日：平成24年 3月31日

提出期限：平成23年12月28日

5 留意事項

(1) 指定更新の考え方

指定更新は、更新時に基準への適合状況や改善命令の履歴等を確認し、適正な運営ができないと認められるときは行いません。

なお、指定更新にあたっては、指定時に提出する書類の一部を省略できますが、指定時と変更があり、変更届がなされていない場合は、必ず、変更届を提出したうえで、指定更新手続きを行ってください。

(→最終の変更届と更新申請時の現状が異なる場合は、変更届必要)

(2) 休止中の事業所について

休止中の事業所については、人員あるいは設備に関する基準を満たしていないので、指定更新を受けることはできません。

従って、指定の有効期間満了日をもって、指定の効力を失うこととなります。

ただし、指定の有効期間満了日までに人員あるいは設備に関する基準を満たし、「再開届」を提出された場合は、更新を受けることができます。

第2部 指定更新申請の手続き

1 更新申請に必要な書類

指定更新申請は、事業所ごと、サービス種類ごとに行います。したがって、申請書は事業所ごと、サービスごとに提出する必要があります。

申請に必要な書類は次のとおりです。

ア 指定更新申請書

イ 別表

提供する介護サービスごとに定める別表1～16の様式

ウ その他の添付書類

必ず「指定更新申請に係る添付書類一覧」(P9)により必要書類及びその内容を確認してください。

また、別途、個別に関係書類の提出を求める場合があります。

2 様式等

様式については、必ず下記ホームページから新しい様式をダウンロードしてください。

(1) 指定更新申請書及び添付書類

「岩手県公式ホームページ」→「組織から探す」→「広域振興局」→「県南広域振興局」→「保健福祉環境部・奥州保健所」→「介護保険情報」→「介護保険事業者指定更新申請関係様式」

URL : <http://www.pref.iwate.jp>

(2) 指定更新申請記載例

P6～8のとおり

3 更新申請の留意点

ア 更新申請書提出後に変更が生じた場合

変更届を提出するとともに、指定更新申請書の差替え依頼書(任意様式)を提出してください。

イ 更新申請書提出後に事業所を廃止・休止することとなった場合

事業所の廃止・休止届とあわせて指定更新申請取下げ書(任意様式)を提出してください。

※廃止・休止の様式ダウンロードはこちら

「岩手県公式ホームページ」→「組織から探す」→「広域振興局」→「県南広域振興局」→「保健福祉環境部・奥州保健所」→「介護保険情報」→「介護保険事業者廃止・休止・再開届様式」

URL : <http://www.pref.iwate.jp>

記載例

県南広域振興局長 様

本申請書は、事業毎、サービス毎に1枚ずつ作成してください。(複数のサービスをまとめて申請出来ません。例：訪問介護と通所介護の同時申請等は出来ません。)

記載しないでください。

受付番号

年 月 日

介護保険事業所ではなく、法人の住所、代表者の氏名を記載してください。

岩手県〇〇市△△町123
福祉法人◆◆福祉会
理事長 介護 一郎

印

指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業者指定更新申請書

指定居宅サービス（指定介護予防サービス）事業者の指定の更新を受けたいので、介護保険法第70条の2第4項（同法第115条の11において準用する場合を含む。）において準用する同法第70条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

所在市町村番号

申請者	フリガナ 名称又は氏名	シャカイフクシホウジン◆◆フクシカイ 社会福祉法人◆◆福祉会				記載しないでください。	
	主たる事務所の所在地 又は住所	(郵便番号 023-〇〇△△) 岩手県〇〇市△△町123				ここは介護保険事業所の所在地ではなく、法人の住所を記載します。	
	連絡先	電話番号	0197-22-〇〇〇〇		FAX番号	0197-22-△△△△	
	法人の種類	社会福祉法人		法人所轄庁	岩手県		
	代表者の職・氏名・生年 月日	職	理事長	フリガナ 氏名	カイゴ イチロウ 介護 一郎	生年 月日	昭和〇年〇月〇日
	代表者の住所	(郵便番号 023-〇〇□△) 岩手県〇〇市△△町222				ここは事務所の所在地ではなく、代表者の住所を記載します。	
更新を 受け よう と する 事業 所	事業所の種類	介護保険事業所番号	フリガナ 名称	指定年月日	有効期間満了日		
	訪問介護	0:3:〇〇〇〇〇〇〇〇	△△市休モカイゴジギョウヨ △△指定訪問介護事業所	平成18年2月1日	平成24年1月31日		
	介護予防訪問介護	0:3:〇〇〇〇〇〇〇〇	△△市休モカイゴジギョウヨ △△指定訪問介護事業所	平成18年4月1日	平成24年3月31日		
	訪問介護と介護予防訪問介護の満了日が同日又は近い場合、併せてご記入ください。				指定を受けた年月日を記載してください。	有効期間満了日を記載してください。	

備考1 「受付番号」の欄及び「所在市町村番号」の欄は、記載しないでください。

2 更新申請を行おうとする事業所の種類に応じて、申請時に添付する別紙を添付してください。この場合において、別紙中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。

(A4)

記載例

別紙 1

(指定訪問介護 (指定介護予防訪問介護) 事業者の指定の申請の場合)

記載しないでください。

受付番号

事業所	フリガナ 名称	〇〇ケアホームサービス													
	所在地	〇〇指定訪問介護事業所 (郵便番号 023-0000) イワテケン〇〇シ△△チョウ333 岩手県〇〇市△△町333													
	連絡先	電話番号	0197-22-0000			FAX番号	0197-22-△△△△								
申請に係る事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項					第 条第 項第 号										
管理者	フリガナ 氏名	ハウモン ハナコ			住所	(郵便番号 023-0000) 岩手県〇〇市△△町444									
	生年月日	昭和〇年〇月〇日													
	申請に係る訪問介護 (介護予防訪問介護) 事業所で兼務する場合には、その職種														
兼務する同一敷地内の他の事業所 又は施設等				名称											
				兼務する職種及び勤務時間等											
サービス提供 責任者	フリガナ 氏名	テイキョウ 〇コ		生年月日	昭和〇年〇月〇日	住所	(郵便番号 023-0000) 岩手県〇〇市△△町555								
	フリガナ 氏名			生年月日		住所	(郵便番号 -)								
	フリガナ 氏名			生年月日		住所	(郵便番号 -)								
	フリガナ 氏名			生年月日		住所	(郵便番号 -)								
	フリガナ 氏名			生年月日		住所	(郵便番号 -)								
従業者の職種・員数				訪問介護員等											
				専従			兼務								
				常勤 (人)			2			1					
				非常勤 (人)						1					
				常勤換算後の人数 (人)			3.5								
基準上の必要人数 (人)															
適合の可否															
主な揭示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他の年間の 休日		年末年始 12/30~1/3 夏季休暇 8/13~8/16			
	営業時間	平日	9:00 ~ 18:00		土曜	9:00 ~ 17:00		日曜・ 祝日			~				
	備考 : 電話により 24 時間連絡が可能な体制とする。														
利用料 (円)	法定代理受領サービス分					介護報酬の告示上の額									
	法定代理受領サービス分以外					介護報酬の告示上の額									
その他の費用 (円)		別途運営規定に定める料金													
通常の事業の実施地域	①〇〇市		②△△市			③			④		⑤				
	備考 : ただし、△△市については、合併前の旧△△市の区域とする。														

運営規程に記載されている内容を記載ください。

記載しないでください。

ここはサービス提供責任者の住所を記載します。

ここは介護保険事業所の所在地を記載します。

ここは管理者の住所を記載します。

実施地域を旧市町村単位で設定する場合は記載してください。

- 備考 1 「受付番号」の欄、「基準上の必要人数」の欄及び「適合の可否」の欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」については、記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。
 - 5 申請に係る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業所を有するときは、その事業所の名称及び所在地について、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。
 - 6 次の事項を記載した書類を添付してください。
 - (1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等

- (2) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態
 - (3) 事業所の管理者の経歴
 - (4) サービス提供責任者の経歴
 - (5) 事業所の平面図
 - (6) 運営規程
 - (7) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
 - (8) 申請に係る資産の状況
 - (9) 法第 70 条第 2 項第 1 号から第 3 号まで、第 5 号から第 7 号まで、第 9 号又は第 10 号（病院等により行われる居宅療養管理指導又は病院若しくは診療所により行われる訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護に係る指定の申請にあつては第 2 号から第 11 号まで）（介護保険法第 70 条の 2 第 4 項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面
 - (10) 役員の氏名、生年月日及び住所
- 7 指定介護予防訪問介護事業者の指定の申請を行おうとする者であつて、既に法第 70 条第 1 項の規定に基づき訪問介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けている場合にあっては、既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記 6 (1) から (8) までに掲げる事項
- 8 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする場合は、この様式中「指定の申請」とあるのは、「指定の更新の申請」と読み替えるものとします。
- 9 介護保険法施行細則第 21 条の規定に基づく更新の申請を行おうとする事業者が既に提出している次の事項に変更がない場合は、記載及び添付を省略することができます。
- (1) 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所
 - (2) 上記 6 (1) から (8) までに掲げる事項

(A 4)

指定更新申請に係る添付書類一覧

★ 県に対して既に提出している内容に変更が無い場合、下表に記載する○◎△は添付を省略することができます。

番号	添付すべき書類	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハ	居宅療養	通所介護	通所リハ	短期生活	短期療養	特定施設	福祉用具貸与	福祉用具販売	居宅支援	福祉施設	老健施設	療養医療	参考様式等
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	
	申請書別紙の様式等	様式第22号別紙1	様式第22号別紙2	様式第22号別紙3	様式第22号別紙4	様式第22号別紙5	様式第22号別紙6	様式第22号別紙7	様式第22号別紙8	様式第22号別紙9	様式第22号別紙10	様式第22号別紙11	様式第22号別紙12	様式第27号別紙13	様式第31号別紙14	様式第35号別紙15	様式第40号別紙16	
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記簿謄本又は条例等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2	病院・診療所、薬局、特養の使用許可証等の写			△	△	△		△	△	△					○		○	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(資格証の写し添付)	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	参考様式1
4	事業所の管理者の経歴(訪問看護・居宅介護支援は資格証の写し添付)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	参考様式2
5	サービス提供責任者の経歴	○																
6	事業所の平面図(設備備品概要を含む場合「◎」)	○	◎	○	○	○	◎	◎	○	○	○	◎	○	○	○	○	○	参考様式3
7	事業所の部屋別施設一覧表								○	○	○				○	○	○	
8	事業所の設備等に係る一覧表						○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	参考様式5
9	併設する施設の概要														○	○	○	
10	施設の共用の場合の利用計画															○		
11	敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図(公図)															○		
12	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
13	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	参考様式6
14	当該申請に係る資産の状況	○	○	△			○		△		○	○	○	○	○	○	○	
15	協力医療機関との契約の内容		○						○		○				○	○		
16	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援の体制の概要																	
17	関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容													○				
18	福祉用具の保管及び消毒の方法											○						
19	介護力強化病棟の療養環境整備計画(該当する場合)																○	
20	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地	○	○				○											
21	誓約書	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	参考様式9
22	役員名簿	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	参考様式9-2
23	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧													●	●	●	●	参考様式10
24	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書類関係書類	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	

備考 1 「△」を付した欄の添付書類は、次のような取扱いになります。

- (1) ⑧の2は、特別養護老人ホームにおいて行う場合のみ添付してください。この場合、15の書類は添付する必要はありません。
- (2) ③、④、⑤、⑦、⑨の2は、病院・診療所において行う場合添付してください。この場合、③の5及び15を添付する必要はありません。

2 参考様式については、岩手県保健福祉部長寿社会課ホームページからダウンロード可能ですので、ご確認ください。

<http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?nd=398&of=1&ik=3&pnp=60&pnp=348&pnp=398&cd=7575>

4 指定(許可)更新申請に係る添付書類説明

番号	添付書類	説明	備考
1	誓約書	<ul style="list-style-type: none"> 申請者の所在地・名称は、法人の所在地・名称・代表者の職・氏名を記入し、押印してください。 サービス毎に様式が異なるので注意してください。 	<p>「誓約書」と「役員名簿」は一体のものとして提出してください。</p> <p>「誓約書」に押印があれば、「役員名簿」は押印がなくても、結構です。</p>
2	役員名簿	<ul style="list-style-type: none"> 当該法人の役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役又住所はこれらに準ずる者をいい、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、法人に対して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。）について記入してください。 監事、監査役も含みます。 	
3	介護支援専門員一覧	<ul style="list-style-type: none"> 当該事業所に勤務する介護支援専門員の氏名、介護支援専門員番号を記載してください。 	必要なサービスのみ
4	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届）関係書類	<ul style="list-style-type: none"> 直近の加算届の写しを添付してください。 	

※備考1. 書類は特段の定めがない限り、原則として日本工業規格A4型とします。

5 その他

指定更新の概要、事業者指定の更新に関するQ&A等については、下記ホームページをご参照ください。

「岩手県公式ホームページ」→「組織から探す」→「県庁各部局」→「保健福祉部」→「長寿社会課」→「介護保険事業所関係者の皆様へ」→「介護サービス事業者に係る指定更新について」

URL : <http://www.pref.iwate.jp>

6 申請書類チェックリスト

確認欄	提出書類	備考
<input type="checkbox"/>	指定更新申請書 (記入例を見て作成しましたか?)	居宅サービス (介護予防含む) : 様式 22 号 居宅支援 : 様式 27 号 福祉施設 : 様式 31 号 老健施設 : 様式 35 号 療養医療 : 様式 40 号
<input type="checkbox"/>	別紙 (記入例を見て作成しましたか?)	別紙 1 ~ 16 のうち該当サービス分のみ提出
<input type="checkbox"/>	誓約書 (様式は合っていますか?)	参考様式 9-1-①~⑥のうち該当サービス分のみ提出
<input type="checkbox"/>	役員名簿	参考様式 9-2
<input type="checkbox"/>	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧	参考様式 10 (該当サービスのみ)
<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等に関する届出関係書類	直近の加算届の写しを添付してください。
<input type="checkbox"/>	その他添付書類	特に必要とされる場合、必要書類を添付ください。
<input type="checkbox"/>	変更届・添付書類	変更届を未提出の場合、変更届を必ずご提出下さい。

【参考】 平成24年3月31日に指定有効期限を迎える事業所

(H24年1月~3月30日分は含まない)

サービス	計
居宅介護支援	1
介護予防訪問介護	60
介護予防訪問看護	19
介護予防訪問入浴	18
介護予防訪問リハ	0
通所介護	1
介護予防通所介護	84
通所リハ	1
介護予防通所リハ	30

サービス	計
介護予防短期入所生活介護	45
介護予防短期入所療養介護	32
介護予防福祉用具貸与	29
特定福祉用具販売	30
特定介護予防福祉用具販売	30
介護予防特定施設入居者生活介護	0
合計	380