

名護市地域密着型サービス等事業所の利用基準及び区域外指定の同意に関する要綱
(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第78条の2第1項の規定による指定地域密着型サービス事業者の指定並びに法第115条の12第1項の規定による指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定に係る法第78条の2第8項及び法第115条の12第6項の条件について、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービス(以下「地域密着型サービス等」という。)を提供する事業所の利用に関する基準及び地域密着型サービス等を提供する事業者(以下「サービス事業者」という。)の区域外指定の同意に関する取扱いを定め、地域密着型サービス等の適正な運営と利用を実現することを目的とする。

(利用制限の内容)

第2条 サービス事業者は、次の各号に該当する申込者と当該サービス事業者が運営する指定地域密着型サービス等を提供する事業所(以下「サービス事業所」という。)を利用する旨の契約を締結してはならない。ただし、当該サービス事業所の利用についてサービス事業者及び市長が必要であると認める特別の事情がある場合は、この限りではない。

- (1) 住所地特例者を除く他市町村等の介護保険被保険者
 - (2) 本市に転入後又は本市の介護保険被保険者となって3月を経過しない者
- 2 サービス事業者は、前項各号に該当する申込者と契約を締結する場合は、当該契約を締結する前に名護市地域密着型サービス等事業所利用事前届出書(様式第1号)を市長に提出するものとする。

(他市町村長等が本市の指定地域密着型サービス等事業所を指定する場合の同意要件)

第3条 他市町村長等は、本市に所在するサービス事業所の指定に関し、同意を求めたい場合、地域密着型サービス等事業所の区域外指定の同意依頼書(様式第2号)を市長に提出しなければならない。

- 2 市長は、前項により同意を求められたときは、別表に定める同意基準に適合するか審査し、適合するときは、指定に係る同意をするものとする。

(指定の不同意)

第4条 市長は、次のいずれかに該当する場合は、指定に係る同意をしないものとする。

- (1) 本市に所在する各日常生活圏域内のサービス事業所の定員に空きがない場合
- (2) 本市の介護保険事業計画の施設整備計画、介護保険給付計画等を考慮し、市長が同意しないことが適当であると認める場合
- (3) その他市長が同意しないことが適当であると認める場合

(指定の同意等の通知)

第5条 市長は、他市町村長等からの指定依頼の同意又は不同意を行う場合は、地域密着型サービス等事業所の区域外指定の同意に係る回答書(様式第3号)により、当該他市町村長等に通知するものとする。

(市外の地域密着型サービス等事業所の指定要件)

第6条 市長は、本市介護保険被保険者が、市外に所在するサービス事業所の利用を希望するときは、利用を希望する当該事業所に受入可能であることを確認した上で、当該事業所が所在する市町村長の同意の見込みがあり、かつ、次の各号のいずれかに該当する場合に指定を行うものとする。

- (1) 当該事業所の利用を希望する本市介護保険被保険者(以下「利用希望者」という。)が、次に掲げるいずれかの事由により本市指定の同種の地域密着型サービス等事業所を利用することが不可能又は著しく困難であると認められる場合
 - ア 市内に同種サービスが存在しない場合
 - イ 市内の同種サービスにおいて3月以上の期間にわたり定員の空きがない場合
 - ウ 市内のサービス事業所よりも利用を希望する市外のサービス事業所の方が自宅から近く、かつ、生活圏内にあると認められる場合。ただし、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老人福祉施設入所者生活介護を除く。

エ 虐待からの避難による場合

オ その他前各号と同程度の困難性があると市長が認めた場合

- (2) 利用希望者が当該事業所の所在する市町村に一時的に居所を置いている場合又は住民登録を異動することができない相当の理由があり、かつ、引き続き6月以上の期間において、現在の居所で生活することが見込まれると認められる場合
(指定の手続の準用)

第7条 市外に所在するサービス事業所の指定の手続については、名護市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例（平成25年条例第8号）及び名護市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則（平成18年規則第19号）の規定に準じて行うものとする。

(受付等の取扱い)

第8条 サービス事業者は、利用の申込みがあった場合は、次に定めるところにより取扱うものとする。

- (1) 申込者等からの聞き取りにより居住及び転入の実態について確認すること。
(2) 次のいずれかに該当するサービス事業者においては、申込者が本市に転入後又は本市被保険者となって3月を経過しない者である場合は、特別な事情があると認める場合を除き、サービスの利用ができないこと及び他の居宅サービス等が利用できることを説明すること。

ア 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

イ 夜間対応型訪問介護

ウ 認知症対応型通所介護

エ 介護予防認知症対応型通所介護

オ 地域密着型通所介護

カ 小規模多機能型居宅介護

キ 介護予防小規模多機能型居宅介護

ク 看護小規模多機能型居宅介護

- (3) 次のいずれかに該当するサービス事業者においては、申込者が本市に転入後又は本市被保険者となって6月を経過しない者である場合は、特別な事情があると認める場合を除き、サービスが利用できないこと及び他の居宅サービス、介護保険施設等が利用できることを説明すること。

ア 認知症対応型共同生活介護

イ 介護予防認知症対応型共同生活介護

ウ 地域密着型特定施設入居者生活介護

エ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

- (4) 第2号及び前号の場合において、本市に転入後の期間経過後に空きがあった場合等利用可能な状況になったときは、サービス事業者は、申込者等に連絡をすること。

- (5) 第2号及び第3号の場合において、第3条に規定する申立書に係る手続について説明をすること。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、サービス事業所の利用基準及び区域外指定の同意に関し、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の日の前日までに、法第78条の2第4項第4号及び第115条の12第

2項第4号に規定する指定の同意並びにサービス事業所の利用に係る手続を既に行っている場合は、この要綱の相当規定によりなされた処分、手続その他の行為とみなす。

別表（第3条関係）

サービスの種類	同意の基準
認知症対応型共同生活介護 介護予防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 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	(1) 指定対象事業所の要件 ア 開設から1年を経過していること。 イ 入居又は入所（以下「入居等」という。）を申請している既存の待機者がいない旨又は既存の待機者よりも入居等の必要性が高い旨の申立書が提出されていること。 ウ 同意申請に係る入居等の希望者（以下「入居等希望者」という。）を含め、本市の介護保険被保険者でない者の割合が事業所定員の2割以内であること。 エ 入居等希望者の受け入れ後に定員の空きが1人以上あること。 (2) 入居等希望者の要件 ア 住所地の同種の指定地域密着型サービス等事業所を利用することが不可能又は著しく困難であること。 イ 入居等希望者が本市に一時的に居所を置いている場合、住民登録を異動することができない相当の理由があり、引き続き6月以上の期間、現在の居所で生活することが見込まれること。 (3) その他 利用者毎に同意を得ること。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	(1)指定対象事業所の要件 ア 同意申請に係る指定地域密着型サービス等事業所の利用希望者を含めて本市の介護保険被保険者でない利用者（本市に住民登録があり、住所地特例により他の市町村の被保険者となっている者を除く。）の割合が、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護にあつては契約者数の2割以内、小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護にあつては登録定員の2割以内であること。 イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護については、現在の契約者数、サービスの利用状況等を勘案し、指定申請に係る利用希望者の受入後

	<p>に更に2人以上へのサービス提供が可能であること。</p> <p>ウ 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護については指定申請に係る利用希望者の受け入れ後に登録定員の空きが2人以上あること。</p> <p>(2) 利用希望者の要件</p> <p>ア 住所地の同種の指定地域密着型サービス等を利用することが不可能又は著しく困難であること。</p> <p>イ 本市に一時的に居所を置いている場合、住民登録を異動することができない相当の理由があり、引き続き6月以上の期間、現在の居所で生活することが見込まれること。</p> <p>(3) その他 利用者毎に同意を得ること。</p>
<p>地域密着型通所介護</p>	<p>(1) 当該同意申請に係る市町村と隣接又は近接する地域に所在する事業所</p> <p>ア 指定対象事業所の要件 事業所が当該同意申請に係る市町村と隣接又は近接する地域に所在し、かつ、市境からの送迎時間がおおむね片道10分以内であること。</p> <p>イ 利用希望者の要件 住所地の同種の指定地域密着型サービス等を利用することが不可能又は著しく困難であること。</p> <p>(2) 要支援である利用者に介護予防通所介護等を提供していた事業所</p> <p>ア 指定対象事業所の要件 要支援の認定を受けていた利用者が認定更新申請又は区分変更申請に伴い、要介護に認定が変更となった場合で、かつ、更新申請又は区分変更申請前に介護予防通所介護又は第1号通所事業のサービスを提供していた事業所であること。</p> <p>イ 利用希望者の要件 認定更新又は区分変更後も利用者又はその家族が該事業所の利用を希望し、かつ、継続して該事業所の利用が必要と介護支援専門員が判断していること。</p> <p>(3) (1)(2)以外の事業所</p> <p>ア 指定対象事業所の要件 (ア) 同意申請に係る利用希望者を</p>

	<p>含めて名護市の介護保険被保険者でない利用者（本市に住民登録があり、住所地特例により他の市町村の被保険者となっている者を除く。）の割合が、契約者数の2割以内であること。</p> <p>(イ) 現在の契約者数、サービスの利用状況等を勘案し、指定申請に係る利用希望者の受け入れ後に更に2人以上へのサービス提供が可能と認められること。</p> <p>イ 利用希望者の要件</p> <p>(ア) 住所地の同種の指定地域密着型サービス事業所を利用することが不可能又は著しく困難であること。</p> <p>(イ) 本市に一時的に居所を置いている場合、住民登録を異動することができない相当の理由があり、引き続き6月以上の期間、現在の居所で生活することが見込まれること。</p>
--	---

備考 「利用することが不可能又は著しく困難」とは、次に掲げる場合をいう。

- (1) 住所地に同種サービスが存在しない場合
- (2) 住所地の同種サービスにおいて3月以上の期間にわたり定員の空きがない場合
- (3) 住所地のサービス事業所よりも利用を希望する本市のサービス事業所の方が自宅から近く、かつ、生活圏内にあると認められる場合。ただし、認知症対応型共同生活介護、介護予防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老人福祉施設入所者生活介護を除く。
- (4) 虐待等からの避難による場合
- (5) その他前各号と同程度の困難性があると市長が認めた場合

名護市指定地域密着型サービス等事業所利用事前届出書

名護市長 様

届出者名称
代表者の職名・氏名

利用者	住所	〒			
	氏名			電話番号	
	生年月日	性別	被保険者番号	要介護状態区分	
利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	
利用者の状況や、住所違いの事業所を希望する理由等（できるだけ具体的に記入してください。）					
利用希望事業所	住所	〒			
	事業所名			介護保険事業所番号	
	電話番号			受入承諾の有無	有 ・ 無
	メールアドレス				
利用希望サービス等	ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方 (ケアプランの考え方などを、できるだけ具体的に記入してください。)				
	担当ケアマネジャーの事業所及び氏名			電話番号	
利用希望事業所の所在する市町村の内諾の有無			有 ・ 無		

私（利用者）は、名護市に所在する事業所を利用するにあたり、私の住所地の市町村が本申立書に記載された事項の情報提供を求めた場合、名護市が当該情報を提供することに同意します。

利用者氏名 _____
(本人による署名)

名護市長 様

市町村名

印

地域密着型サービス等事業所の区域外指定の同意依頼書

年 月 日付で貴市に所在する指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所より、指定申請がありましたので、下記のとおり同意を求めます。

記

利用希望者の 情報	フリガナ		性別	要介護状態区分
	氏名			
	生年月日		年齢	
	住所			
事業所情報	利用希望サービス			
	利用希望事業所名			
	利用希望事業所所在地			
	介護支援専門員名			
同意を求める理由等				

添付書類 名護市指定地域密着型サービス等利用事前届出書

他市町村長 様

名護市長

印

地域密着型サービス等事業所の区域外指定の同意に係る回答書

年 月 日付け、第 号で依頼がありました指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の区域外指定の同意依頼について、下記のとおり回答いたします。

記

事業所の名称	
事業所の所在地	
法人名	
サービスの種類	

指定同意の可否	同意する ・ 同意しない
指定同意しない理由等	
指定同意の条件等又は指定に当たっての留意事項	