

さいたま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及び指定の同意等に関する要綱

(趣旨)

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所の指定及び法第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所の指定並びに法第78条の2第4項第4号及び法第115条の12第2項第4号に規定する市区町村長の同意の基準を定め、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（以下「指定地域密着型サービス事業所等」という。）の適正な運営と円滑なサービス利用に資することを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱における用語の意義は、法において使用する用語の例による。

(指定の基準)

第3条 市長は、市外に所在する指定地域密着型サービス事業所等について、原則として、次の各号に掲げる基準に適合する場合に被保険者ごとに指定を行う。

- (1) 当該事業所の利用希望者が次に掲げるいずれかの理由により市内の指定地域密着型サービス事業所等を利用することが不可能又は著しく困難であること。
 - ア 市内に同種サービスが存在しない、又は定員の空きがない場合
 - イ 非常災害や虐待を理由とする避難による場合
 - ウ その他、市内の指定地域密着型サービス事業所等の利用についてア又はイと同程度の困難性があると市長が認めた場合
- (2) 当該事業所が所在する市区町村長の同意があること。
- (3) 市外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書（様式第1号）の提出があること。

(指定の同意基準)

第4条 他の市区町村長から市内の指定地域密着型サービス事業所等の指定の同意を求められたときは、原則として、次の各号に掲げる基準に適合する場合に同意するものとする。

- (1) 利用希望者が次に掲げるいずれかの理由により住所地の指定地域密着型サービス事業所等を利用することが不可能又は著しく困難であること。
- ア 住所地に同種サービスが存在しない、又は定員の空きがない場合
 - イ 非常災害や虐待等特別な事情により特に利用が必要と認められる場合
 - ウ その他、住所地の指定地域密着型サービス事業所等の利用についてア又はイと同程度の困難性があると市長が認めた場合
- (2) (介護予防)小規模多機能型居宅介護、(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及び看護小規模多機能型居宅介護の場合は、利用希望者を含め、他の市区町村の利用者(住所地特例対象者を除く。)の割合が別表に定める基準を超えていないこと。ただし、前号イに適合する場合は、この限りでない。

(指定の同意に係る手続)

- 第5条 他の市区町村長は、市内の指定地域密着型サービス事業所等の指定の同意を求めようとするときは、同意を求める書面を市長に提出しなければならない。
- 2 他の市区町村長から市内の指定地域密着型サービス事業所等の指定の同意を求められたときは、前条に規定する基準に適合するか審査し、その結果を当該市区町村長に通知するものとする。
- 3 市長は、同意に際して必要な条件を付することができる。

(他市区町村の者による市内地域密着型サービスの利用)

- 第6条 他市区町村から市内の指定地域密着型サービス事業所等を住居として直接転入し、その指定地域密着型サービス事業所等を利用することは認めないものとする。ただし、市内の住所地特例施設に住所があり、現に居住している他市区町村の被保険者及び他市区町村の住所地特例施設に入居している本市の被保険者が、市内の指定地域密着型サービス事業所等に転居する場合はこの限りでない。
- 2 前項にかかわらず、第4条第1項第1号イに適合する場合等は個別に判断を行う。

(その他)

- 第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年3月1日から施行する。ただし、この要綱の施行の際、現に指定地域密着型サービス事業所等を利用している場合の取り扱いについては、従前のおりとする。

別表（第4条関係）

サービスの種類（介護予防を含む。）	他の市区町村の利用者（住所地特例対象者を除く。）の割合
（介護予防）小規模多機能型居宅介護	登録定員の2割
（介護予防）認知症対応型共同生活介護	定員の2割
地域密着型特定施設入居者生活介護	定員の2割
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	定員の2割
看護小規模多機能型居宅介護	登録定員の2割

市外地域密着型サービス事業所の利用に係る申立書

（あて先）さいたま市長 以下のとおり申し立てます。 申立日 年 月 日

①	申立者	住所（〒 - ）											
		氏名			続柄			連絡先（Tel）					
	利用者	住所（〒 - ）											
氏名					連絡先（Tel）								
生年月日		性別 男 ・ 女		介護保険被保険者番号				要介護状態区分等					
利用者の状況や、市外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。）													
②	利用希望事業所	所在地（〒 - ）											
		利用予定事業所名				介護保険事業所番号							
		連絡先 Tel Fax				受入承諾の有無 有 ・ 無				利用開始希望日 年 月 日			
		利用希望サービス		定期巡回・随時対応型訪問介護看護 地域密着型通所介護 （介護予防）小規模多機能型居宅介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護				夜間対応型訪問介護 （介護予防）認知症対応型通所介護 （介護予防）認知症対応型共同生活介護 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護					
		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。）											
利用希望サービス等	担当ケアマネジャーの事業所及び氏名						連絡先（Tel）						
	利用希望事業所の所在する市区町村の内諾の有無（有 ・ 無）												