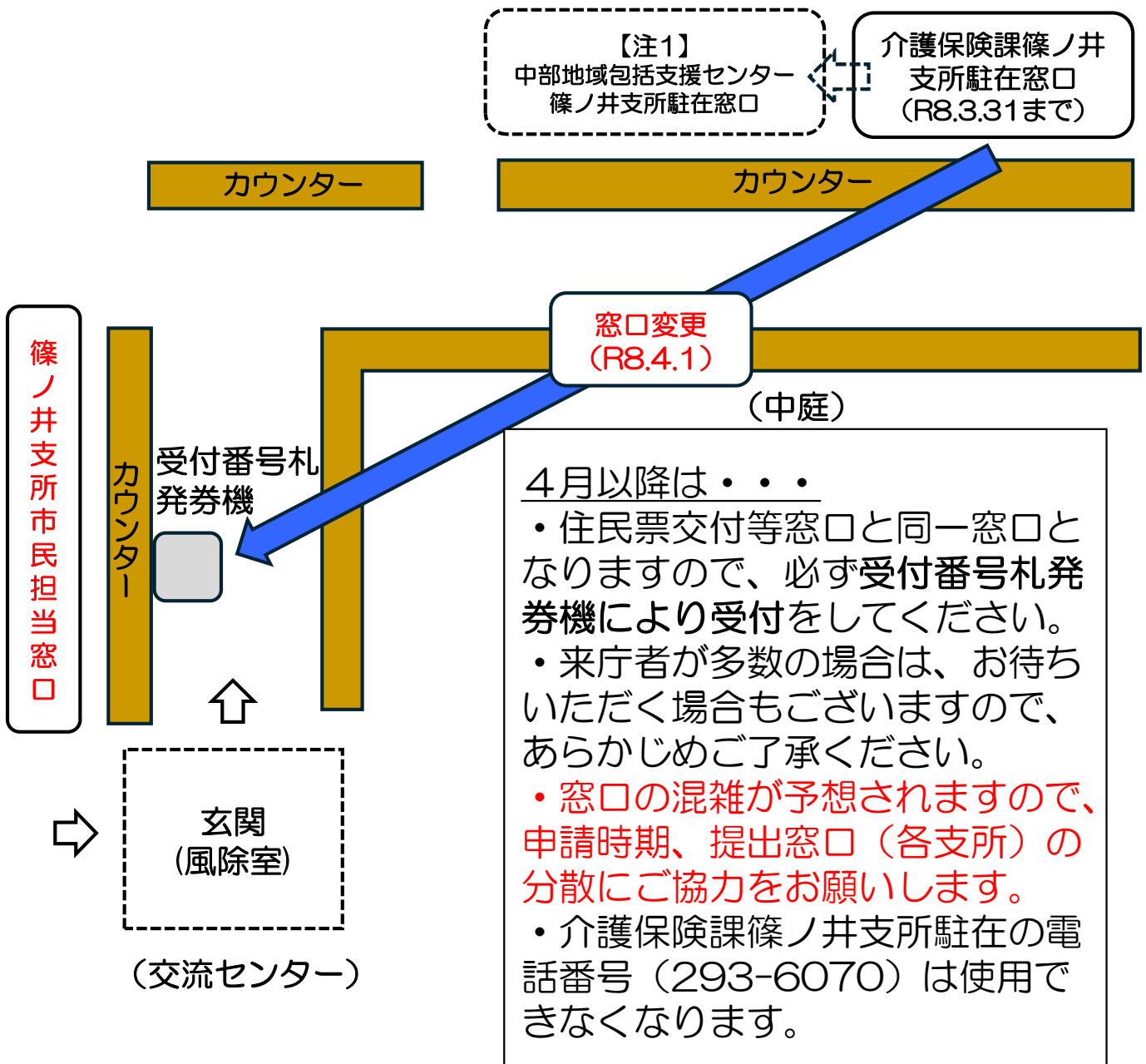


# 篠ノ井支所（篠ノ井総合市民センター） における介護保険窓口を変更します！ 【令和8年4月1日～】

令和8年4月1日(水)より、篠ノ井支所（篠ノ井総合市民センター）における介護保険に関する手続きの受付窓口は、「介護保険課篠ノ井支所駐在窓口」から「**篠ノ井支所市民担当窓口**」に変更となります。（【注1】の書類（裏面参照）は、別窓口）



### 【注1】

以下の書類については、令和8年4月1日(水)より、「**中部地域包括支援センター篠ノ井支所駐在窓口**」で受け付けします。

受付番号札発券機による受け付けは不要です。直接、中部地域包括支援センター篠ノ井支所駐在窓口へお越してください。

#### ① 長野市要介護認定等情報提供申請書

従来どおり、「事前連絡表」をFAXで介護保険課（本庁）に送信ください。受取場所を「篠ノ井支所」と指定した場合、こちらの窓口で情報提供資料を交付します。

#### ② 長野市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

関係書類をこちらの窓口に提出してください。介護保険課（本庁）において書類審査をいたします。

### 【問い合わせ先】

■長野市保健福祉部 介護保険課（本庁） ☎ 026-224-7891

※令和8年4月1日以降の篠ノ井支所窓口連絡先

■長野市地域・市民生活部 篠ノ井支所市民担当 ☎ 026-292-2590

■長野市保健福祉部 地域包括ケア推進課 中部地域包括支援センター  
篠ノ井支所駐在 ☎ 026-292-3358

7 高 第 933 号  
令和 7 年 8 月 6 日

(介護予防) 特定施設入居者生活介護管理者  
介護老人福祉施設管理者  
介護老人保健施設管理者  
介護医療院管理者  
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護管理者  
地域密着型特定施設入居者生活介護管理者  
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護管理者  
軽費老人ホーム施設長

様

長野市保健福祉部高齢者活躍支援課長

各サービス種別における施設基準に基づく協力医療機関に関する届出について（通知）

日頃から本市の高齢者福祉行政の推進について、格別のご協力を賜り御礼申し上げます。

各サービス種別における施設基準において、別添のとおり高齢者施設等と医療機関の連携強化を図るため、年に 1 回以上、協力医療機関と入所者の急変時等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称や取り決めの内容等を指定権者に届け出ることが義務付けられております。

ついては、下記のとおり届出書等の提出をお願いします。

なお、協力医療機関が変更となった場合は、変更届出書等の提出が必要となりますのでご留意ください。

## 記

### 1 提出書類

#### (1) 協力医療機関に関する届出書（別紙 1）

※複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えありません。

#### (2) 協力内容が分かる書類（協定書等）

※（1）、（2）ともに昨年から内容変更がない場合にも提出ください。

### 2 提出先

〒380-8512 長野市大字鶴賀緑町 1613 番地  
長野市保健福祉部高齢者活躍支援課

### 3 提出方法（次のいずれかの方法による）

#### (1) 郵送

#### (2) メール E-mail : [kourei@city.nagano.lg.jp](mailto:kourei@city.nagano.lg.jp)

（件名は「協力医療機関届出書（事業所名）」としてください。）

### 4 提出期限

毎年 3 月末日まで

**【担当】**

長野市保健福祉部高齢者活躍支援課

介護施設担当 依田，宮下

高齢者支援担当 和田，坂内

〒380-8512 長野市大字鶴賀緑町1613番地

電話026-224-5094 FAX 026-224-5126

E-mail : kourei@city.nagano.lg.jp

(別紙1)

## 協力医療機関に関する届出書

令和 年 月 日

各指定権者  
各許可権者 殿

|   |  |   |          |             |
|---|--|---|----------|-------------|
| 届出者   | フリガナ<br>名称                                     | -----   |          |             |
|   | 事務所・施設の所在地                                     | (郵便番号 ー )   |          |             |
|   |  | (ビルの名称等)  |          |             |
|   | 連絡先<br>事業所番号                                   | 電話番号  | FAX番号    |             |
|   | 事業所・施設種別                                       | <input type="checkbox"/> 1 (介護予防)特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護<br><input type="checkbox"/> 3 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 7 介護医療院 <input type="checkbox"/> 8 養護老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 9 軽費老人ホーム |          |             |
|   | 代表者の職・氏名                                       | 職名  | 氏名       |             |
|   | 代表者の住所   | (郵便番号 ー )   |          |             |
| 協力医療機関  | ①施設基準(※1)第1号(※2)の規定を満たす協力医療機関                  | 医療機関名   | 医療機関コード  |             |
|   |  | 入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日   | 令和 年 月 日 | 協力医療機関の担当者名 |
|   | ②施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関                  | 医療機関名   | 医療機関コード  |             |
|   |  | 入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日   | 令和 年 月 日 | 協力医療機関の担当者名 |
|   | (事業所・施設種別4~8のみ)<br>③施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力病院 | 医療機関名   | 医療機関コード  |             |
|   |  | 入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日   | 令和 年 月 日 | 協力医療機関の担当者名 |
|   | 上記以外の協力医療機関                                    | 医療機関名   | 医療機関コード  |             |
|   |  | 医療機関名   | 医療機関コード  |             |
|   |  | 医療機関名   | 医療機関コード  |             |
|   | 施設基準第1号を定めていない第3号の規定を満たす                       | 第1号から第3号の規定(※5)に当たり過去1年間に協議を行った医療機関数  |          |             |
| 協議をした医療機関との対応の取り決めが困難であった理由                         |  |   |          |             |
| 第2号(過去1年間に協議を行っていない場合)医療機関と協議を行わなかった理由              |  |   |          |             |
| 届出後1年以内に協議を行う予定の医療機関                                |  | 医療機関名(複数可)  |          |             |
|   |  | 協議を行う予定時期   | 令和 年 月   |             |
| (協議を行う予定の医療機関がない場合)基準を満たす協力医療機関を定めるための今後の具体的な計画(※6) |  |   |          |             |
| 関係書類  | 別添のとおり   |   |          |             |

- 備考 1 各協力医療機関との協力内容が分かる書類(協定書等)を添付してください。  
 2 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームについては「施設基準(※1)第3号の規定を満たす協力病院」の欄の記載は不要です。  
 3 協力医療機関や協力医療機関との契約内容に変更があった場合には速やかに届出を行ってください。
- (※1) 各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準は裏面を参照。  
 (※2) 入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。  
 (※3) 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。  
 (※4) 入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。  
 (※5) 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームは第1号及び第2号  
 (※6) 「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載  
 (各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準)

|                      |  |
|----------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護          | : 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第191条第2項   |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護     | : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第127条第2項 |
| 認知症対応型共同生活介護         | : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条第2項 |
| 介護老人福祉施設             | : 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第28条第1項      |
| 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | : 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第152条第1項 |
| 介護老人保健施設             | : 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第30条第1項   |
| 介護医療院                | : 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項      |
| 軽費老人ホーム              | : 軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準第27条第2項            |
| 養護老人ホーム              | : 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準第25条第1項            |

(別紙10)

令和 年 月 日

## 訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書

事業所名

事業所番号

## 1. 判定期間(※)

令和 年度  前期  後期

(※) なお、令和6年度については、前期の判定期間を4月1日から9月30日、減算適用期間を11月1日から3月31日までとし、後期の判定期間を10月1日から2月末日、減算適用期間を令和7年度の4月1日から9月30日までとするため、以下の「2. 判定結果」ア、イについては、適宜判定期間を修正の上、ご使用ください。

## 2. 判定結果

 非該当  該当

介護予防訪問介護相当サービスは、  
要介護者を含めない総数で、訪問介護とは別

## ア. 前期

|     | ①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数<br>(要支援者は含めない) | ②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数(※1) |
|-----|--|-----------------------------|
| 3 月 | 人                                      | 人                           |
| 4 月 | 人                                      | 人                           |
| 5 月 | 人                                      | 人                           |
| 6 月 | 人                                      | 人                           |
| 7 月 | 人                                      | 人                           |
| 8 月 | 人                                      | 人                           |
| 合計  | 人                                      | 人                           |

③割合  
(②÷①)

%

④90%以上である場合の理由(※2より該当する番号を記入)

## イ. 後期

|      | ①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数<br>(要支援者は含めない) | ②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数(※1) |
|------|--|-----------------------------|
| 9 月  | 人                                      | 人                           |
| 10 月 | 人                                      | 人                           |
| 11 月 | 人                                      | 人                           |
| 12 月 | 人                                      | 人                           |
| 1 月  | 人                                      | 人                           |
| 2 月  | 人                                      | 人                           |
| 合計   | 人                                      | 人                           |

③割合  
(②÷①)

%

④90%以上である場合の理由(※2より該当する番号を記入)

(※1) 同一の建物に20人以上居住する建物(同一敷地内建物等を除く)に居住する者及び同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する者へ提供する場合を除く

(※2) 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号)(抄)」(以下、「留意事項通知」という。)第2の2(16)⑥二等に規定する以下のa~cのいずれか、若しくは、d「いずれにも該当しない」から当てはまるものを選択すること。

なお、a~cに該当する場合は、それぞれ要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

a: 特別地域訪問介護加算を受けている事業所である場合

b: 判定期間の一月当たりの延べ訪問回数が二百回以下であるなど事業所が小規模である場合

c: その他正当な理由と都道府県知事が認めた場合

#### 備考

- ・本資料は同一建物減算に係る算定手続きを補完する資料としてご使用ください。
- ・「1. 判定期間」については、該当する期間を選択してください。
- ・「2. 判定結果」については、アまたはイの算定結果を元を選択してください。
- ・具体的な計算方法については、留意事項通知第2の2(16)⑥口をご参照ください。

令和8年(2026年)2月18日

介護福祉士養成施設

留学生を受入予定の介護サービス事業者 様

長野県健康福祉部介護支援課長

令和8年度外国人留学生奨学金等支給支援事業補助金に係る事業予定について(照会)

平素は、本県の福祉行政の推進に御協力をいただき厚く御礼申し上げます。

標記補助金に係る事業実施予定について照会しますので、下記事項に留意の上、必要書類を提出してください。

## 記

- 提出書類 (1) 送付文 ※押印不要  
(2) 事業計画書(別紙2)  
(3) 法人が定める奨学金等貸与規定  
(4) 留学生と法人との関係を示す書類(奨学金の契約書や採用内定通知書など)  
※その他、必要に応じ、内容の確認できる書類を求める場合があります。

様式は県ホームページに掲載しています。

<https://www.pref.nagano.lg.jp/kaigo-shien/jinzai/gaikokuzinsyougakukin.html>

- 提出方法 Eメール ([kaigo-jinzai@pref.nagano.lg.jp](mailto:kaigo-jinzai@pref.nagano.lg.jp))、郵送または持参により提出。

- 提出期限 令和8年3月16日(月)

## 4 留意事項

- (1) 実施要領及び法務省出入国在留管理庁による留意事項※を事前にご確認ください。

※ [https://www.moj.go.jp/isa/applications/resources/nyuukokukanri07\\_00155.html](https://www.moj.go.jp/isa/applications/resources/nyuukokukanri07_00155.html)

- (2) 今回の事業計画書の提出は、事業者の皆様が令和8年度当初に事業を開始できるように照会しています。

予算に余裕がある場合は、令和8年度中に随時、追加で申請の受付を行います。今回の集計・採択状況により変わりますので、現段階で提出できる場合はご提出ください。

- (3) 本補助金は、予算の範囲内で交付しますので、集計の結果、予算額を越えた場合は調整を行います。

- (4) 本照会は令和8年度長野県予算案の議決を前提としたもので、事業者の皆様が早期に事業を開始できるように予算成立前に事業予定を照会しています。今後、内容等が変更になることもありますのであらかじめご了承ください。

(お問合せ先)

担当：介護人材係 山崎、吉田

電話：026 235 7129 (直通)

ファクシミリ：026 235 7394

Email : [kaigo-jinzai@pref.nagano.lg.jp](mailto:kaigo-jinzai@pref.nagano.lg.jp)

7 介号外  
令和8年(2026年)2月20日

介護サービス事業者 様

長野県健康福祉部介護支援課長

令和8年度長野県外国人介護人材住居借上支援事業に係る事業計画書の提出について

県の福祉行政については、日ごろからご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

標記事業の実施予定について下記のとおり通知しますので、外国人介護人材用の住居借りに必要な費用の補助を希望する場合には、必要書類を提出してください。

#### 記

#### 1 事業内容

介護施設を経営する者が、外国人介護人材用の住居を借り上げ居住させる場合、住居借り上げ等に必要な費用の補助を行う。

なお、外国人介護人材とは、「特定活動」（経済連携協定に基づく外国人介護福祉士候補者等に限る。）、「介護」、「技能実習」又は「特定技能1号」の在留資格により、介護職として受け入れる外国人とする。

#### 2 補助対象経費

賃借料、共益費（管理費）、インターネット回線使用料、プロバイダ料金等

なお、自法人所有の住居に外国人介護人材を入居させる場合は、賃借料及び共益費は補助対象としない。また、敷金、礼金、更新料は補助対象外とする。

#### 3 補助上限額

(1) 1人あたり月額から居住者負担額を引いた額の1/2以内（上限額は1人あたり月額2万円）とし、千円未満の端数は切り捨てる。（1戸に複数で入居する場合は、補助対象経費の合計額を入居人数で除した額を1人あたりの月額とする。）

(2) 補助対象期間は外国人介護人材を雇用し、かつ補助対象住居に居住させている間とする。

(3) 1事業所あたりの補助上限額を20万円とする。

※ 補助対象期間については、令和7年度までは「雇用開始から1年」としていましたが、令和8年度からこの要件を撤廃しました。

#### 4 対象期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日まで

※ 令和7年度以前から雇用している外国人介護人材を補助金の対象とする場合、補助対象の始期は「令和8年4月1日から」となりますので、ご注意ください。

## 5 提出書類

- (1) 事業計画書提出文
- (2) 事業計画書
- (3) 歳入歳出予算（見込）書抄本

様式は県ホームページに掲載しています。

<https://www.pref.nagano.lg.jp/kaigo-shien/jinzai/190601zyuukyokariage.html>  
ホーム > 健康・医療・福祉 > 福祉一般 > 福祉・介護人材 > 外国人介護人材の確保に関する取組 > 長野県外国人介護人材住居借上支援事業の実施について

## 6 提出方法

長野県健康福祉部介護支援課介護人材係 あてメールまたは郵送により提出してください。

住所：〒380-8570 長野市南長野幅下 692-2 長野県庁

メールアドレス：kaigo-jinzai@pref.nagano.lg.jp

## 7 提出期限

**令和8年4月から補助を希望する場合：令和8年3月18日（水）**

令和8年5月以降に事業開始する場合：前月の18日までに提出

（例：6月に事業開始する場合は5月18日までに提出）

※本補助金は予算の範囲内で交付します。提出された事業計画書の総額が予算額を上回った場合には、申込順等により調整を行う場合がありますので、事業計画の用途が立ったところで、早めに提出してください。

## 8 留意事項

**予算の執行は、令和8年度当初予算の議決が前提であり、今後、内容等が変更になることもありますので、あらかじめご了承ください。**

（問合せ先）

担 当 介護支援課介護人材係 山崎、細萱

電 話 026-235-7129（直通）

ファクシミリ 026-235-7394

E-mail kaigo-jinzai@pref.nagano.lg.jp

令和8年1月21日

地域密着型サービス事業所 管理者 様

長野市高齢者活躍支援課長

## 令和7年度介護保険事業者等集団指導の実施について（通知）

日頃から高齢者福祉行政の推進について、格別のご協力を賜り御礼申し上げます。

令和7年度介護保険事業者等集団指導を下記のとおり実施しますので、内容をご確認いただくとともに、関係法令を遵守した適正な事業運営を行っていただきますようお願いいたします。

## 記

## 1 実施方法等

長野市高齢者活躍支援課You Tubeに説明動画を限定公開しますので、ご視聴いただき、「受講確認票」を提出してください。また、市ホームページに集団指導資料を掲載していますので予め印刷する等、準備をお願いします。

## (1) 資料・動画掲載先URL（長野市ホームページ）

「ホーム」→「健康・医療・福祉」→「高齢者福祉・介護」→「介護保険に関する事業者向け情報」→「令和7年度介護保険事業者等集団指導について」

<https://www.city.nagano.nagano.jp/n101000/contents/p005876.html>

## (2) 研修内容

## 【動画+資料】

- 共通事項（全サービス共通）
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 地域密着型通所介護／認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

## 2 受講報告について

## (1) 報告方法

ながの電子申請サービス（長野市）から受講確認票の申請を行ってください。

[https://apply.e-tumo.jp/city-nagano-nagano-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=66269](https://apply.e-tumo.jp/city-nagano-nagano-u/offer/offerList_detail?tempSeq=66269)



\*居宅サービス、施設サービス、密着特定、密着特養（長野県ホームページに資料・動画が掲載されているもの）の受講確認ページとは異なりますので、ご注意ください。

(2) 報告期限

令和8年3月31日(火)

(3) 留意事項

- ・システム障害等の理由でながの電子申請サービスでの申請ができない場合は必要事項を記入の上、受講報告書を高齢者活躍支援課までメール又はFAXで提出してください。

3 その他

- ・説明動画では、基準等のポイントを抜粋して説明しています。詳細な内容等については、資料をご確認いただきますようお願いいたします。
- ・資料及び動画の内容については、許可なく他のWebサイトや著作物等へ転載することを禁止します。

~~・一部資料につきましては、準備が整い次第追って公開の上、ご連絡いたします。~~

→ホームページへ「指導監督の概要と運営指導での主な指導事項について」を掲載しました。令和8年3月5日号のフレッシュ情報にて発信しておりますが、他資料と併せてご確認ください。

(問合せ先)

担 当 高齢者活躍支援課 介護施設担当  
依田

電 話 026-224-5094

F A X 026-224-5126

E-mail kourei@city.nagano.lg.jp

## 令和 7 年度介護保険事業者等集団指導に係る受講報告書

○報告期日  
令和 8 年 3 月 31 日（火）

○報告方法  
「ながの電子申請サービス（長野市）」での申請ができない場合、必要事項を記入の上、受講報告書を高齢者活躍支援課までメール又は F A X で提出してください。

- ・電子メール送付先：kourei@city.nagano.lg.jp
- ※電子メールの場合は、メール標題に「【事業所名】受講報告書の提出」と記載してください。
- ・FAX 送付先：026-224-5126

|                        |   |   |  |  |  |  |        |  |  |  |
|------------------------|---|---|--|--|--|--|--------|--|--|--|
| 法人名                    |   |   |  |  |  |  |        |  |  |  |
| 事業所番号                  |   |   |  |  |  |  |        |  |  |  |
| 事業所名                   |   |   |  |  |  |  |        |  |  |  |
| 事業所<br>所在市町村           | 長野市   |   |  |  |  |  |        |  |  |  |
| メールアドレス                |   |   |  |  |  |  |        |  |  |  |
| 担当者名                   |   |   |  |  |  |  |        |  |  |  |
|                        | 電話番号  |   |  |  |  |  | FAX 番号 |  |  |  |
| サービス種別<br>(該当に☑)       | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br><input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護<br><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）<br><input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） |   |  |  |  |  |        |  |  |  |
| 事業所内での<br>周知状況に<br>ついて | 周知の有無<br>(該当に☑)   | <input type="checkbox"/> 集団指導の動画や資料を従業員等に周知した<br><input type="checkbox"/> 集団指導の動画や資料を従業員等に周知していない |  |  |  |  |        |  |  |  |
|                        | 上記で「周知していない」と回答された方は、その理由をご記入ください。  |   |  |  |  |  |        |  |  |  |

## 令和7年度介護保険事業者等集団指導に係る受講報告書

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| 集団指導の<br>内容について | 理解度<br>(該当に☑)   | <input type="checkbox"/> よく理解できた<br><input type="checkbox"/> だいたい理解できた<br><input type="checkbox"/> あまり理解できなかった<br><input type="checkbox"/> ほとんど理解できなかった |
|                 | 上記で「あまり理解できなかった」「ほとんど理解できなかった」と回答された方は、その理由をご記入ください。                |   |
| ご意見<br>ご要望      | 集団指導についてご意見やご要望があればご記入ください。<br>(例：集団指導で取り上げてほしいテーマ、重点的に解説してほしい項目など) |   |
| 集団指導に<br>係る質問   | 集団指導についてご質問があればサービス種別と質問内容をご記入ください。<br>(例：訪問介護 ○○について)              |   |