



# 開設予定事業者向け説明会資料 訪問介護

神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部  
高齢福祉課

令和6年7月版

## 目 次

○ 介護保険法に基づく各種サービスの指定を受けるにあたっての、定款への事業名の記載について	1
○ 介護報酬の地域区分	2
○ サービス別の1単位当たりの単価	3
○ 地域単価	4
○ 訪問介護料金早見表	5
○ ①②訪問介護指定申請に係る必要書類一覧表	8
○ ③訪問介護申請及び介護給付費請求に係る書類チェックリスト	10
○ ④申請書類作成にあたっての留意事項(訪問介護)	16
○ ⑤同一敷地内で2サービス以上の事業を行う場合	19
○ 申請書類記載例	20
○ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	33
○ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	34
○ よくある質問	35

※内容は制度改正により変わる可能性があります。

新規申請の際は、介護情報サービスかながわをご覧ください。  
き申請書類等お間違いないようご注意ください。

■ 介護保険法に基づく各種サービスの指定を  
受けるにあたっての、定款への事業名の記載について ■

<b>○ 介護保険法に基づく居宅サービス事業</b>
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、 通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、 特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売
<b>○ 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業</b>
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、 認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、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、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、 複合型サービス
<b>○ 介護保険法に基づく居宅介護支援事業</b>
居宅介護支援
<b>○ 介護保険法に基づく介護予防サービス事業</b>
介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、 介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、 介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、 介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与、 特定介護予防福祉用具販売
<b>○ 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業</b>
介護予防認知症対応型通所介護、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
<b>○ 介護保険法に基づく介護予防支援事業</b>
介護予防支援

— ご注意ください！ —  
定款変更について、所轄官庁の許認可が必要な場合は、必ず所轄官庁へその変更についてご相談ください。  
(株式会社や有限会社、合資会社等の営利法人の場合、所轄官庁はありません。)

## 介護報酬の地域区分の見直し

=変更あり

区 分	改定前 (令和3年度～令和5年度)		改定後 (令和6年度～令和8年度)		
		上乗せ率(%)		上乗せ率(%)	増減
横 浜 市	2 級地	16	2 級地	16	
川 崎 市	2 級地	16	2 級地	16	
相 模 原 市	4 級地	12	4 級地	12	
横 須 賀 市	5 級地	10	4 級地	12	+
鎌 倉 市	3 級地	15	3 級地	15	
逗 子 市	4 級地	12	4 級地	12	
三 浦 市	6 級地	6	4 級地	12	+
葉 山 町	6 級地	6	5 級地	10	+
厚 木 市	4 級地	12	3 級地	15	+
大 和 市	5 級地	10	5 級地	10	
海 老 名 市	4 級地	12	4 級地	12	
座 間 市	5 級地	10	5 級地	10	
綾 瀬 市	5 級地	10	5 級地	10	
愛 川 町	5 級地	10	5 級地	10	
清 川 村	6 級地	6	6 級地	6	
藤 沢 市	4 級地	12	4 級地	12	
茅 ヶ 崎 市	5 級地	10	5 級地	10	
寒 川 町	5 級地	10	5 級地	10	
平 塚 市	5 級地	10	5 級地	10	
秦 野 市	6 級地	6	6 級地	6	
伊 勢 原 市	5 級地	10	5 級地	10	
大 磯 町	6 級地	6	6 級地	6	
二 宮 町	6 級地	6	6 級地	6	
南 足 柄 市	その他	0	7 級地	3	+
中 井 町	その他	0	6 級地	6	+
大 井 町	その他	0	その他	0	
松 田 町	その他	0	その他	0	
山 北 町	7 級地	3	7 級地	3	
開 成 町	その他	0	その他	0	
小 田 原 市	5 級地	10	5 級地	10	
箱 根 町	7 級地	3	7 級地	3	
真 鶴 町	その他	0	その他	0	
湯 河 原 町	その他	0	その他	0	

# サービス別の1単位当たりの単価の見直し

(単位 円)

区 分	人件費割合	改 定 前 (令和3～5年度)						
		上乗せ割合						
		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
居宅サービス								
訪問介護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
訪問入浴介護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
訪問看護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
訪問リハビリテーション	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
通所介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
通所リハビリテーション	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
短期入所生活介護	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
短期入所療養介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
特定施設入居者生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
地域密着型サービス								
夜間対応型訪問介護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
認知症対応型通所介護	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
小規模多機能型居宅介護	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
認知症対応型共同生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
地域密着型特定施設入居者生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
地域密着型通所介護	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
居宅介護支援	70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
介護保険施設サービス								
介護老人福祉施設	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
介護老人保健施設	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
介護医療院	45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00

人件費割合	改 正 後 (令和6～8年度)						
	上乗せ割合						
	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
55%	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
70%	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00
45%	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10.00

※ 介護予防サービスは、省略。

## 地域単価の見直し

(令和6年4月～令和9年3月)

		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他	
改 定 案	・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・居宅介護支援	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護	11. 12円	11. 05円	10. 84円	10. 70円	10. 42円	10. 21円	10円
	・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護	・看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	10. 88円	10. 83円	10. 66円	10. 55円	10. 33円	10. 17円	10円
	・通所介護 ・短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型通所介護	・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ・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	10. 72円	10. 68円	10. 54円	10. 45円	10. 27円	10. 14円	10円

※サービス種類については、介護予防サービスのある居宅サービス及び地域密着型サービスは介護予防サービスを含む。

2級地 : 横浜市/川崎市  
3級地 : 鎌倉市/厚木市  
4級地 : 相模原市/横須賀市/藤沢市/逗子市/三浦市/海老名市  
5級地 : 平塚市/小田原市/茅ヶ崎市/大和市/伊勢原市/座間市/綾瀬市/葉山町/寒川町/愛川町  
6級地 : 秦野市/大磯町/二宮町/中井町/清川村  
7級地 : 南足柄市/山北町/箱根町  
その他 : 上記以外



(令和3年4月～令和6年3月)

(令和3年4月～令和6年3月)		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他	
現 行	・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・居宅介護支援	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護	11. 12円	11. 05円	10. 84円	10. 70円	10. 42円	10. 21円	10円
	・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護	・看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)	10. 88円	10. 83円	10. 66円	10. 55円	10. 33円	10. 17円	10円
	・通所介護 ・短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・認知症対応型共同生活介護 ・地域密着型通所介護	・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 ・介護医療院 ・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	10. 72円	10. 68円	10. 54円	10. 45円	10. 27円	10. 14円	10円

※サービス種類については、介護予防サービスのある居宅サービス及び地域密着型サービスは介護予防サービスを含む。

2級地 : 横浜市/川崎市  
3級地 : 鎌倉市  
4級地 : 相模原市/藤沢市/厚木市/逗子市/海老名市  
5級地 : 横須賀市/平塚市/小田原市/茅ヶ崎市/大和市/伊勢原市/座間市/綾瀬市/寒川町/愛川町  
6級地 : 三浦市/秦野市/葉山町/大磯町/二宮町/清川村  
7級地 : 山北町/箱根町  
その他 : 上記以外

訪問介護料金早見表（令和6年度介護報酬改定）【1割負担】

【利用者負担算出方法】  
地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）  
〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

※「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、特定事業所加算、同一建物に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

なお、料金変更が報酬改定に係るもののみである場合は、料金変更届は不要としています。

訪問介護費（1回につき）	単位数	利用者負担額（1割）円						
		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		11.12円	11.05円	10.84円	10.7円	10.42円	10.21円	10円
イ 身体介護が中心である場合								
（1）所要時間20分未満の場合	163	182	181	177	175	170	167	163
（2）所要時間20分以上30分未満の場合	244	272	270	265	261	255	250	244
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	387	431	428	420	414	404	396	387
（4）所要時間1時間以上の場合	567	631	627	615	607	591	579	567
（4）に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごと	82	92	91	89	88	86	84	82
ロ 生活援助が中心である場合								
（1）所要時間20分以上45分未満の場合	179	199	198	194	192	187	183	179
（2）所要時間45分以上の場合	220	245	244	239	236	230	225	220
ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合	97	108	108	106	104	101	99	97
注7 身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助を行った場合、所要時間が20分から計算して25分を増すごとに（195単位を限度とする）	65	73	72	71	70	68	67	65
注16 緊急時訪問介護加算（1回につき）	100	112	111	109	107	105	103	100
ニ 初回加算（1月につき）	200	223	221	217	214	209	205	200
ホ （1）生活機能向上連携加算（Ⅰ）（1月につき）	100	112	111	109	107	105	103	100
（2）生活機能向上連携加算（Ⅱ）（1月につき）	200	223	221	217	214	209	205	200
ヘ 口腔連携強化加算（1月につき）	50	56	56	55	54	53	51	50
ト （1）認知症専門ケア加算（Ⅰ）（1日につき）	3	4	4	4	4	4	3	3
（2）認知症専門ケア加算（Ⅱ）（1日につき）	4	5	5	5	5	5	4	4

特定事業所加算（単位数）	
（1）特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の100分の20に相当する単位数
（2）特定事業所加算（Ⅱ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（3）特定事業所加算（Ⅲ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（4）特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の100分の3に相当する単位数
（5）特定事業所加算（Ⅴ）	所定単位数の100分の3に相当する単位数

介護職員等処遇改善加算（単位数）	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率24.5パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率22.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率18.2パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率14.5パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（1）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率22.1パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（2）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率20.8パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（3）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率20.0パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（4）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率18.7パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（5）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率18.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（6）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率16.3パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（7）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率16.3パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（8）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率15.8パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（9）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率14.2パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（10）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率13.9パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（11）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率12.1パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（12）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率11.8パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（13）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率10.0パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（14）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率7.6パーセント

※処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

**訪問介護料金早見表（令和6年度介護報酬改定）【2割負担】**

**【利用者負担算出方法】**

地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）  
 〇〇円－（〇〇円×0.8（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

※「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、特定事業所加算、同一建物に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

なお、料金変更が報酬改定に係るもののみである場合は、料金変更届は不要としています。

訪問介護費（1回につき）	単位数	利用者負担額（2割）円						
		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		11.12円	11.05円	10.84円	10.7円	10.42円	10.21円	10円
イ 身体介護が中心である場合								
（1）所要時間20分未満の場合	163	363	361	354	349	340	333	326
（2）所要時間20分以上30分未満の場合	244	543	540	529	522	509	499	488
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	387	861	856	839	828	807	791	774
（4）所要時間1時間以上の場合	567	1,261	1,253	1,230	1,214	1,182	1,158	1,134
（4）に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごと	82	183	182	178	176	171	168	164
ロ 生活援助が中心である場合								
（1）所要時間20分以上45分未満の場合	179	398	396	388	383	373	366	358
（2）所要時間45分以上の場合	220	490	487	477	471	459	450	440
ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合	97	216	215	211	208	202	198	194
注7 身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助を行った場合、所要時間が20分から計算して25分を増すごとに（195単位を限度とする）	65	145	144	141	139	136	133	130
注16 緊急時訪問介護加算（1回につき）	100	223	221	217	214	209	205	200
ニ 初回加算（1月につき）	200	445	442	434	428	417	409	400
ホ （1）生活機能向上連携加算（Ⅰ）（1月につき）	100	223	221	217	214	209	205	200
（2）生活機能向上連携加算（Ⅱ）（1月につき）	200	445	442	434	428	417	409	400
ヘ 口腔連携強化加算（1月につき）	50	112	111	109	107	105	102	100
ト （1）認知症専門ケア加算（Ⅰ）（1日につき）	3	7	7	7	7	7	6	6
（2）認知症専門ケア加算（Ⅱ）（1日につき）	4	9	9	9	9	9	8	8

**特定事業所加算（単位数）**

（1）特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の100分の20に相当する単位数
（2）特定事業所加算（Ⅱ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（3）特定事業所加算（Ⅲ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（4）特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の100分の3に相当する単位数
（5）特定事業所加算（Ⅴ）	所定単位数の100分の3に相当する単位数

**介護職員等処遇改善加算（単位数）**

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率24.5パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率22.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率18.2パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率14.5パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（1）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率22.1パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（2）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率20.8パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（3）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率20.0パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（4）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率18.7パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（5）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率18.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（6）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率16.3パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（7）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率16.3パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（8）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率15.8パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（9）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率14.2パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（10）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率13.9パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（11）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率12.1パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（12）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率11.8パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（13）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率10.0パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（14）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率7.6パーセント

※処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。



訪問介護料金早見表（令和6年度介護報酬改定）【3割負担】

【利用者負担算出方法】  
地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）  
〇〇円－（〇〇円×0.7（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※この表は新規指定申請等の際に、事業所が利用料金表を作成するために参考として作成したものです。実際の利用者負担額の算出は、1か月のサービス合計単位数により計算します。

※「所定単位数の100分の〇に相当する単位数」等と規定されている加算・減算（早朝・夜間加算、特定事業所加算、同一建物に居住する利用者に対する減算など）は下表には記載しておりませんが、必要に応じて料金表に記載してください。

なお、料金変更が報酬改定に係るもののみである場合は、料金変更届は不要としています。

訪問介護費（1回につき）	単位数	利用者負担額（3割）円						
		2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
		11.12円	11.05円	10.84円	10.7円	10.42円	10.21円	10円
イ 身体介護が中心である場合								
（1）所要時間20分未満の場合	163	544	541	530	524	510	500	489
（2）所要時間20分以上30分未満の場合	244	814	809	794	783	763	748	732
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	387	1,291	1,283	1,259	1,242	1,210	1,186	1,161
（4）所要時間1時間以上の場合	567	1,892	1,880	1,844	1,820	1,773	1,737	1,701
（4）に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごと	82	274	272	267	264	257	252	246
ロ 生活援助が中心である場合								
（1）所要時間20分以上45分未満の場合	179	597	594	582	575	560	549	537
（2）所要時間45分以上の場合	220	734	730	716	707	688	674	660
ハ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合	97	324	322	316	312	303	297	291
注7 身体介護を行った後に引き続き所要時間20分以上の生活援助を行った場合、所要時間が20分から計算して25分を増すごとに（195単位を限度とする）	65	217	216	212	209	204	199	195
注16 緊急時訪問介護加算（1回につき）	100	334	332	326	321	313	307	300
ニ 初回加算（1月につき）	200	668	663	651	642	626	613	600
ホ （1）生活機能向上連携加算（Ⅰ）（1月につき）	100	334	332	326	321	313	307	300
（2）生活機能向上連携加算（Ⅱ）（1月につき）	200	668	663	651	642	626	613	600
ヘ 口腔連携強化加算（1月につき）	50	167	166	163	161	157	153	150
ト （1）認知症専門ケア加算（Ⅰ）（1日につき）	3	10	10	10	10	10	9	9
（2）認知症専門ケア加算（Ⅱ）（1日につき）	4	14	14	13	13	13	12	12

特定事業所加算（単位数）	
（1）特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の100分の20に相当する単位数
（2）特定事業所加算（Ⅱ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（3）特定事業所加算（Ⅲ）	所定単位数の100分の10に相当する単位数
（4）特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の100分の3に相当する単位数
（5）特定事業所加算（Ⅴ）	所定単位数の100分の3に相当する単位数

介護職員等処遇改善加算（単位数）	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率24.5パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率22.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率18.2パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率14.5パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（1）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率22.1パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（2）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率20.8パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（3）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率20.0パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（4）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率18.7パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（5）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率18.4パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（6）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率16.3パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（7）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率16.3パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（8）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率15.8パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（9）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率14.2パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（10）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率13.9パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（11）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率12.1パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（12）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率11.8パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（13）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率10.0パーセント
介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（14）	介護報酬総単位数（基本単位+各種加算減算）×サービス別加算率7.6パーセント

※処遇改善加算の単位数は、基本報酬に、処遇改善加算以外の加算・減算を加えた単位数に、加算率を乗じて算出。

## 4 必要書類一覧及び留意事項

①～⑤の各項目をしっかりと確認いただくことにより、審査もより、スムーズに進みます！

### ① 指定申請に係る必要書類一覧表 P 2

### ② 介護給付費請求に係る必要書類一覧表 P 2

### ③ チェックリスト P 4

※ チェックリストにより、書類が整っているか等自己点検をしてください。

### ④ 申請書類作成にあたっての留意事項 P 9

※ 申請書類作成にあたって、ご質問の多い点を掲載しています。ご参照ください。

### ⑤ 同一住所で2サービス以上の事業を行う場合 P 12

※ 複数サービスを行う場合の留意事項を掲載しています。参照ください。

◆ 申請前には、指定基準を次により、必ずご確認ください。

◇ 「介護保険六法」などの一般書籍

◇ 「介護情報サービスかながわ」

－ 「文書/カテゴリ検索」

－ 「1. 新規事業者指定」

－ （各サービス種類の名称）

－ 「5. （各サービス種類の名称）の指定基準等」

－ 「9. 運営状況点検書・運営の手引き」

－ 「2. 運営の手引き」

<https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topicid=10>

－ （各サービス種類の名称）運営の手引き

## ① 訪問介護指定申請に係る必要書類一覧表

No	書 類	様式等
1	指定居宅サービス事業所（指定介護予防サービス事業所、介護保険施設）指定（許可）申請書	第1号様式
2	申請者（開設者）の登記事項証明書の原本	
3	訪問介護事業所の指定に係る記載事項（付表1）	
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	指定申請書類様式にある勤務形態一覧表を使用してください。
5	従業者の資格証の写し ※資格証の姓が現在と異なる場合、姓が変わったことが分かる公的な書類を添付（例：運転免許証の表裏をコピーしたもの、戸籍謄本の写し）	
6	事業所のサービス提供責任者経歴書 ※「サービス提供責任者の経歴」は、次の書類に代えることが可能です。 （1）介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」 （2）介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」 （3）訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」	
7	事業所の平面図	参考様式2（任意様式でも可）
8	運営規程（料金表含む）	
9	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4
10	法人代表者等誓約書（別紙含む。）	参考様式6
11	申請手数料 ※電子申請届出システムによる申請の場合は、収入証紙のご準備は不要です。申請受付後、電子納付のご案内をメールにて送付しますので、その際、スマホ決済、クレジットカード又はPay-easyによりお支払いをお願いします。	郵送による申請の場合は、収入証紙貼付用紙に神奈川県収入証紙を貼付してご提出ください。（収入印紙ではありません。） 掲載場所： 文書/カテゴリ検索 － 1. 新規事業者指定 － （各サービス種類の名称） － 2. 指定申請書類様式

## ② 介護給付費請求に係る必要書類一覧表

1	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	掲載場所： 文書/カテゴリ検索 － 3. 加算届 － （各サービス種類の名称） 加算を算定しない場合もNo1、2は提出が必要です。
2	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	
3	各種加算の届出様式【各種加算により様式の有無等が異なります】 ※加算を算定しない場合は不要 ※介護職員等処遇改善加算の届出については、電子申請により提出（紙による提出は不要）	

※ 吸収合併（分割）による事業承継の場合は①の1、2、3、4、10、11、②の1、2、3及び吸収合併（分割）契約書（県に届け出ている情報から変更があれば関係書類の提出要）

※ 再付番（既に指定を受けているが事業所番号のみ変更が必要な場合）の場合は①の1、2、3、4、8、10、11、②の1、2、3

※ 指定申請時には当該一覧表の順番のとおり書類を整え、ご持参ください。

- ※ 訪問介護事業者は老人福祉法の届出も必要ですので、「老人福祉法に基づく「老人居宅生活支援事業（地域密着型サービス以外）」に係る各種届出について（ご案内）」を確認の上、指定申請書類と併せて提出してください。

<https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-3.html?topid=2&id=52>

※県が必要と認める場合は、上記申請書類の他、雇用契約書、賃貸契約書等の提出を求めることや、事業所の訪問調査を行うことがあります。

※虚偽や不正があった場合には、介護保険法第 77 条に基づき介護事業者の指定を取り消す場合があります。

### ③ 訪問介護申請及び介護給付費請求に係る必要書類チェックリスト

■ 提出書類			
	チェック箇所	チェック項目	備考
<input type="checkbox"/>	指定居宅サービス事業所（指定介護予防サービス事業所、介護保険施設）指定（許可）申請書（第1号様式）		
	申請欄	<input type="checkbox"/> 申請者の所在地、名称、代表者の職名・氏名が登記事項証明書と一致している。	
	申請者	<input type="checkbox"/> 名称、主たる事務所の所在地が登記事項証明書の商号、本店の住所と一致している。 <input type="checkbox"/> 法人の電話番号、FAX番号、E m a i l を記載している。 <input type="checkbox"/> 法人等の種類を選択（記載）している。 <input type="checkbox"/> 代表者の職名・氏名・住所が登記事項証明書の記載と一致している。 <input type="checkbox"/> 法人代表者の生年月日を記載している。 <input type="checkbox"/> 法人の吸収合併又は吸収分割における（許可）申請の場合には、チェック欄にチェックをしている。	※登記事項証明書に記載されている住所では郵便物が届かない場合は、アパート名や部屋番号などを記載してください。 ※電話番号、FAX番号、E m a i l の記載間違いに注意してください。
	指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類の種類	<input type="checkbox"/> 共生型サービスを申請する場合、チェック欄にチェックをしている。 <input type="checkbox"/> 指定（許可）申請対象事業等欄に「○」を記載している。 <input type="checkbox"/> 既に同一事業所名、同一所在地で指定を受けている事業がある場合は、既に指定（許可）を受けている事業等欄に「○」と記載している。また、介護保険事業所番号欄に既に指定を受けている事業所の事業所番号を記載している。	
<input type="checkbox"/>	申請者（開設者）の登記事項証明書の原本		
		<input type="checkbox"/> 発行日から3ヶ月以内の原本である。 <input type="checkbox"/> 目的欄に申請するサービスが位置付けられている。	
<input type="checkbox"/>	訪問介護事業所の指定に係る記載事項（付表1）		
	事業所	<input type="checkbox"/> 名称及び所在地を記載している。 <input type="checkbox"/> 電話番号、FAX番号、E m a i l を記載している。	※電話番号、FAX番号、E m a i l の記載間違いに注意してください。
	管理者	<input type="checkbox"/> 氏名、住所、生年月日を漏れなく記載している。 <input type="checkbox"/> 訪問介護員等との兼務の有無についてチェックしている。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、事業所又は施設の名称、兼務する職種及び勤務時間（週あたりの勤務時間）を記載している。	※人員基準を確認してください。 <参考> 一文書/カテゴリ検索 ー 9. 運営状況点検書・運営の手引き ー 「2. 運営の手引き」
	共生型サービスの該当の有無	<input type="checkbox"/> 共生型サービスの該当の有無についてチェックしている。	
	人員に関する基準の確認に必要な事項	<input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数は、勤務形態一覧表、運営規程の員数と一致している。	
	利用者の推定	<input type="checkbox"/> 申請月における利用者の推定数を記載している。	

	数		
	サービス提供責任者	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者の氏名、住所を記載している。	
	添付書類	<input type="checkbox"/> (別添) 添付書類・チェックリストを記載している。	
<input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表			
	サービス種別	<input type="checkbox"/> サービス種別について、プルダウンリストから選択している。 <input type="checkbox"/> 事業所名を記載している。 <input type="checkbox"/> (1)、(2)についてプルダウンリストから選択している。 <input type="checkbox"/> 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を記載している。	
	第1週～第4週	<input type="checkbox"/> 職種、勤務形態、資格について、プルダウンリストから選択している。 <input type="checkbox"/> 氏名は資格証のものと一致している。 <input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数(4週間分)を記載している。 <input type="checkbox"/> 常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間は、32時間以上となっている。 <input type="checkbox"/> 同一事業所内の他の職務や同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合、それぞれの職務に係る就業時間を按分して記載している。(ダブルカウントはできません。)	※常勤換算について  <参考> ③申請書類作成にあたっての留意事項
<input type="checkbox"/> 従業者の資格証の写し			
		<input type="checkbox"/> 資格を必要とする職種について資格証の写しを添付している。(資格を必要としない職種は添付不要) ※資格証の姓が現在と異なる場合、姓が変わったことが分かる公的な書類を添付(例:運転免許証の表裏をコピーしたもの、戸籍謄本の写し)	※勤務形態一覧表の順番に並べてください。
<input type="checkbox"/> 事業所のサービス提供責任者経歴書 ※資格証をもって代える場合はチェック不要			
	主な職歴等	<input type="checkbox"/> 指定予定月の前月までの職歴等を記載している。 <input type="checkbox"/> 介護関係の職歴については、開設法人名及び事業所名を記載している。	
	指定(変更)後に従事する職務	<input type="checkbox"/> 今回指定を受ける予定の事業について記載している。 <input type="checkbox"/> 管理者以外の職務を兼務する場合、「サービス提供責任者兼〇〇」のように記載している。	
<input type="checkbox"/> 事業所の平面図			
		<input type="checkbox"/> 事務室、相談室、手指消毒の配置場所を記載している。 <input type="checkbox"/> PC、電話、複合機(FAX)、鍵付き書庫の配置場所を記載している。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内で他のサービス(例えば、通所介護等)を行う場合、事業毎に専用のスペース(専用の机でも可)を設ける必要があるが、図面にどの部屋・机がどの事業のものであるか明記している。 <input type="checkbox"/> 事務室は、事業を行うために必要な広さの専用のスペースが設けられている。 <input type="checkbox"/> 相談室は、利用申込みの受付、相談等に対応するのに適当なスペースが確保されている。(相談室が専用の部屋でない場合、パー	※設備基準を確認してください。 <参考> 一文書/カテゴリ検索 －9. 運営状況点検書・運営の手引き －2. 運営の手引き

		テーション等で <u>全面</u> 囲われているなど、プライバシーが確保されていること。)	
<input type="checkbox"/> 運営規程（料金表含む）			
	<p>（運営規程）</p> <p>（事業の目的及び運営方針）</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>（従業者の職種、員数及び職務内容）</p> <p><input type="checkbox"/> 職種ごとに常勤、非常勤の別、専従、兼務の別と員数を記載している。</p> <p>（営業日及び営業時間）</p> <p><input type="checkbox"/> 営業日・営業時間とサービス提供日・サービス提供時間が異なる場合は、サービス提供日・サービス提供時間を記載している。</p> <p>（指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額）</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収する費用も記載している。</p> <p>例）通常の事業の実施地域を超える場合の交通費等</p> <p>（通常の事業の実施地域）</p> <p><input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域が市町村の一部地域とする場合、当該一部地域の具体的な範囲を明示している。</p> <p>（緊急時における対応方法）</p> <p><input type="checkbox"/> 記載している。</p> <p>（虐待の防止のための措置に関する事項）</p> <p><input type="checkbox"/> 体制の整備、研修の実施、速やかな通報の実施などについて記載している。</p> <p>（その他運営に関する重要事項）</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者の研修（採用時研修、継続研修の頻度）</p> <p><input type="checkbox"/> 衛生管理</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者及び従業者の退職後の秘密保持</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制・相談窓口</p> <p><input type="checkbox"/> 事故発生時の対応</p> <p><input type="checkbox"/> 記録の保管期間</p> <p>※その他※</p> <p><input type="checkbox"/> 附則の施行日は事業開始予定日を記載している。</p>	<p>&lt;参考&gt;</p> <p>文書/カテゴリ検索</p> <p>ー 1. 新規事業者指定</p> <p>ー 各サービス</p> <p>ー 3. <u>申請書類記載</u></p> <p><u>例・作成例</u></p> <p>&lt;参考&gt;</p> <p><u>③. 申請書類作成にあたっての留意事項</u></p>	
	<p>（料金表）</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険利用料以外で徴収する費用も料金表に記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者負担額は、料金表作成例にある「*利用者負担額の算出方法」を参考にして計算している。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者負担額は、2割、3割についても記載している。</p>	<p>※料金表（単位数）について</p> <p>&lt;参考&gt;</p> <p>ー 文書/カテゴリ検索</p> <p>ー 令和6年度介護保険制度改正・報酬改定</p> <p>ー 料金早見表（在宅サービスグループ所管のみ）</p>	
<input type="checkbox"/> 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要			
	<p><input type="checkbox"/> 苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> その他参考事項には、苦情が出ないための具体的な方策を記載</p>		

		している。	
<input type="checkbox"/>	法人代表者等誓約書		
		<input type="checkbox"/> 申請者の氏名は、申請書（第 1 号様式）の氏名（法人名、代表者名）と一致している。 <input type="checkbox"/> 申請するサービスに対応した別紙を添付している。	
<input type="checkbox"/>	申請手数料（収入証紙貼付用紙）※郵送による申請の場合		
		<input type="checkbox"/> サービス種別ごとの納付額を確認している。 <input type="checkbox"/> 神奈川県収入証紙を貼付している。 <input type="checkbox"/> 連絡先を記載している。	※電子申請届出システムによる申請の場合は、申請受付後に電子納付のご案内を送付しますが、予め「指定申請の流れについて」の「指定申請等手数料について」により納付額をご確認ください。
		※ 証紙貼付用紙の掲載場所 文書/カテゴリ検索 ー 1. 新規事業者指定 <a href="https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topid=2">https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topid=2</a> ー各サービス ー 2. 指定申請書類様式	
<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		
		<input type="checkbox"/> 申請者の氏名は、申請書（第 1 号様式）の氏名（法人名、代表者名）と一致している。 <input type="checkbox"/> 提供するサービスの実施事業欄に「○」を記載し、異動（予定）年月日欄に事業開始予定年月日を記載している。	※加算を算定しない場合であつても作成してください。
<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表		
		<input type="checkbox"/> 該当する地域区分をチェックしている。 <input type="checkbox"/> 提供サービス、施設等の区分、その他該当する体制等、割引、地域区分のそれぞれの欄の該当箇所にチェックをしている。 <input type="checkbox"/> 加算を算定しない場合は「なし」にチェックをしている。 <介護職員等処遇改善加算を算定する場合> <input type="checkbox"/> 処遇改善計画書は、かながわ福祉サービス振興会 ( <a href="https://kourei.kanafuku-sinsei.jp">https://kourei.kanafuku-sinsei.jp</a> ) のシステムから提出している。 <input type="checkbox"/> 届出書及び一覧表は、神奈川県電子申請システム (e-kanagawa) ( <a href="https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList_detail?tempSeq=70223">https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList_detail?tempSeq=70223</a> ) から提出している。	※加算を算定しない場合であつても作成してください。
<input type="checkbox"/>	各種加算の届出様式【加算を算定する場合のみ】		
		<input type="checkbox"/> 各加算様式の内容を確認し該当箇所に記入している。	
		※ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出の様式等の掲載場所 文書/カテゴリ検索 ー 3. 加算届 <a href="https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topid=4">https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topid=4</a> ー各サービス	



確認項目（以下の書類については、必要に応じて提出を依頼することがあります。）			
<input type="checkbox"/> 賃貸借契約書の写し又は建物の登記事項証明書の原本			
		<input type="checkbox"/> 賃貸借契約の場合、契約は申請法人名義で行われている。 （※建物の使用目的が住宅や居宅となっている場合は、貸し主から事業の用途で使用するについて同意を得ているか。）	
<input type="checkbox"/> 従業者の雇用が確認できる書類の写し			
		<input type="checkbox"/> 雇用契約書や労働条件通知書の写しを事業所で保管している。 <input type="checkbox"/> 従業員は事業所と契約しており、事業所の指揮命令下にあるか。	
<div style="border: 1px dotted black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>※労働条件の明示については「労働基準法第15条」に規定されています。          なお、労働基準法に関する内容は、労働基準監督署へお問い合わせください。</p> </div>			
<input type="checkbox"/> 損害保険			
		<input type="checkbox"/> 損害保険に加入しているか。	
<div style="border: 1px dotted black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>※利用者にケガをさせたり、物を壊してしまったりした場合など、賠償すべき事故が発生した場合、事業者は損害賠償を速やかに行わなければなりません。</p> </div>			

### ③申請書類作成にあたっての留意事項（訪問介護）

申請書類作成にあたって、ご質問の多い点をまとめました。こちらも参考の上、申請書類を作成してください。

#### 1 人員

##### （１）訪問介護員等の必要員数は常勤換算方法で2.5人以上の常勤換算とは？

- 「サービス提供責任者＋訪問介護員の1週間の合計勤務時間」を「事業所の常勤職員の1週間の勤務時間」で割ったものです。
- ・ 合計勤務時間とは、訪問介護のサービス提供に従事する時間とサービス提供の準備等を行う時間（待機時間を含む）の合計時間です。
- ・ 常勤職員の勤務時間は、各事業所で規定します。

〔  
就業規則がある場合－就業規則に定めた勤務時間  
就業規則がない場合－常勤職員との雇用契約書に記載された勤務時間  
〕
- ・ 常勤、非常勤の区別は、事業所で規定した時間数を勤務するかで区別されるものであり、正社員、パートで区別するものではありません。

例1 常勤職員の勤務時間が週40時間の事業所

サービス提供責任者A	常勤	週40時間勤務
訪問介護員A	非常勤	週20時間勤務
訪問介護員B	非常勤	週20時間勤務
訪問介護員C	非常勤	週16時間勤務
訪問介護員D	非常勤	週10時間勤務

サービス提供責任者＋訪問介護員の1週間の合計勤務時間は、  
 $40 + 20 + 20 + 16 + 10 = 106$  時間

常勤職員の1週間の勤務時間は、40時間

よって、常勤換算は、 $106 \div 40 = 2.65 \rightarrow 2.6$ （小数点第2位切り捨て）。

##### （２）管理者について

- 同一事業者による他のサービスの管理者等を兼務することは可能です（管理業務に支障がない場合に限る）。その際には、それぞれのサービスごとに時間を割り振り（例：居宅介護支援の管理者4時間／日、訪問介護の管理者4時間／日）、勤務表に割り振った時間を記載してください。

#### 2 設備基準

##### （１）同一敷地内で他のサービス（居宅介護支援、訪問看護等）を行う場合

- 事務室は同じ部屋を使用することは可能ですが、それぞれの事業ごとに専用のスペース（専用の机でも可）を設ける必要があります。
- 図面にどの部屋・机がどの事業のものであるかを明記してください。

##### （２）消毒設備

- 「速乾性手指消毒液」等を手洗い場に設置してください。
- 図面に消毒設備（手指消毒液）の位置を記載してください。

### (3) 相談室

- 個室またはパーティションで仕切るなど、利用者のプライバシーに配慮してください。

## 3 運営規程

### (1) 必ず記載すべき事項

- 事業の目的及び運営の方針  
→ 居宅条例第5条などを参考にしてください。
- 従業者の職種、員数及び職務内容  
→ 常勤・非常勤の別、専従・兼務の別を記載してください。  
例) 訪問介護員5名 (常勤兼務3名、非常勤兼務2名)
- 営業日、営業時間、サービス提供日、サービス提供時間  
→ 営業日、営業時間とは事業所が開いている日、時間  
サービス提供日、サービス提供時間はサービス提供が可能な日、時間  
その他、(2) 営業日を参照
- 指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額  
→ 介護保険利用料以外で徴収する費用もすべて記載してください。
- 通常の事業の実施地域  
→ 地域が明確に特定されている必要があります。  
その他、(3) 通常の事業の実施地域を参照
- 緊急時における対応方法  
→ 居宅条例第28条などを参考にしてください。
- 虐待の防止のための措置に関する事項  
→ 体制の整備、研修の実施、速やかな通報の実施などについて記載してください。
- その他運営に関する重要事項  
→ 採用時研修、継続研修の頻度、従業員(従業員であったもの)の守秘義務について記載してください。

### (2) 営業日

- 祝日の営業について、運営規程に明記してください。  
例： 営業する場合 → 営業日は、月曜から土曜までとする(祝日は営業する)。  
営業しない場合 → 営業日は、月曜から土曜までとする(祝日は営業しない)。
- 夏休み、冬休みを設定する場合には、運営規程に明記してください。  
例： 営業日は、月曜から土曜までとする(祝日は営業しない)。  
但し、12月29日～1月3日までを除く。

### (3) 通常の実施区域

- 通常の実施区域内では、
    - ① 交通費は別途請求できません。
    - ② 合理的な理由がない限り、実施区域内に住んでいる利用者へのサービス提供は拒否できません。
- 以上を踏まえて、通常の実施区域は、事業所で決めてください。
- ※ 通常の実施区域外に居住する利用者に対して、サービスを提供してはいけないということではありません。サービスを提供するかについては、事業所で判断できます。

#### (4) その他の費用

- 通常の実施区域外に居住する利用者に対しては、運営規程に定め、利用者から同意を得れば、交通費（実費）を別途利用者に請求することができます。
- 交通費を請求するかしないかは、事業所で決めてください。
- 請求する場合には、運営規程に明記する必要があります。価格の設定方法は、事業所で決めてください。

### 4 その他添付書類

#### (1) 料金表

- 令和6年4月に報酬改定がありました。改定後の単位を確認して作成してください。

＜参考＞

文書/カテゴリ検索

- －令和6年度介護保険制度改正・報酬改定
  - －利用料金早見表（居宅サービス）
- －1. 新規事業者指定
  - －各サービス
- －3. 申請書類記載例・作成例

## ④同一住所で2サービス以上の事業を行う場合

### 1 事業所名称と事業所番号について

「事業所の名称」と指定の際に付番される「事業所番号」はリンクしています。

#### (1) サービスごとに異なる事業所名称をつけたい場合

例：訪問介護事業…〇〇ホームヘルパーセンター  
居宅介護支援事業…〇〇ケアセンター



- ・事業所番号は別になります。
- ・申請は、それぞれのサービスごとに行うことになります。  
(申請書、登記事項証明書の原本、図面もそれぞれ用意してください。)

#### (2) 事業所番号を統一したい場合



- ・事業所名称を統一してください。
- ・申請は、1つにまとめてください。  
(申請書、登記事項証明書の原本、図面、事業所共通書類として1部あれば、結構です。)

- 事業所番号は、介護報酬の請求を行う場合にも必要となります。請求事務のことも考えた上で、事業所番号を別にするか同じにするかを事業所で検討してください。
- 名称に特に決まりはありません。事業所でお考えください。
- ただし、既に使用されている名称は、利用者等に混乱が生じやすいので、避けてください（特に同一市区町村内にある場合）。
- 既に名称が使用されているか否かは、介護情報サービスかながわ(<https://kaigo.rakuraku.or.jp/>)の「介護事業所検索」等で調べてください。

### 2 事務室の配置について

- 事務室は同一法人であれば共通で使用できますが、サービスごとに専用の事務スペースが必要です。机をサービスごとに明確に分けてください。図面に机のレイアウトを記載し、どの机がどのサービス用なのかが分かるように記載してください。

### 3 その他

- 併設する他のサービスにおいて、補助金等を受けている場合、別途手続きが必要な場合があります。申請する場所が、補助金等の対象となっているか確認し、対象となっていた場合は、事前に補助金等を受けている担当部署へ連絡し、必要な手続きを行ってください。

指定居宅サービス事業所  
指定介護予防サービス事業所  
介護保険施設

指定（許可）申請書

提出年月日を記入してください。

令和6 年 7 月 1 日

神奈川県知事殿

所在地

株式会社 大通介護

申請者 名称

代表者職名・氏名

代表取締役 神奈川 太郎

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	フリガナ	カブシキカイシャオドリカイゴ						
	名称	株式会社大通介護						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 神奈川県 都 道 〇〇 市 区 〇〇1-2 町 村						
	連絡先	電話番号	045-000-0000 (内線)		FAX番号	045-000-0000		
	法人等の種類	営利法人						
者	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ氏名	カナガワ タロウ 神奈川 太郎	生年月日	1970年〇月〇日	
	代表者の住所	(郵便番号 - ) 神奈川県 都 道 〇〇 市 区 ××1-201 町 村						
法人の吸収合併又は吸収分割における指定（許可）申請時に <input checked="" type="checkbox"/>								
指 定 （ 許 可 ） を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	指定（許可）申請対象事業等（該当事業に〇）	既に指定（許可）を受けている事業等（該当事業に〇）	指定（許可）申請をする事業等の開始予定年月日	様 式	
	訪問介護		<input type="checkbox"/>	〇		令和6年9月1日	付表1	
	訪問入浴介護						付表2	
	訪問看護						付表3	
	訪問リハビリテーション						付表4	
	居宅療養管理指導						付表5	
	通所介護		<input type="checkbox"/>				付表6	
	通所リハビリテーション						付表7	
	短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>				付表8	
	短期入所療養介護						付表9	
	特定施設入居者生活介護						付表10	
	福祉用具貸与						付表11	
	特定福祉用具販売						付表12	
	介護老人福祉施設						付表13	
	介護老人保健施設						付表14	
	介護医療院						付表15	
	介護予防訪問入浴介護						付表2	
	介護予防訪問看護						付表3	
	介護予防訪問リハビリテーション						付表4	
	介護予防居宅療養管理指導						付表5	
	介護予防通所リハビリテーション						付表7	
	介護予防短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>				付表8	
	介護予防短期入所療養介護						付表9	
	介護予防特定施設入居者生活介護						付表10	
介護予防福祉用具貸与						付表11		
特定介護予防福祉用具販売						付表12		
介護保険事業所番号		1 4 7 1 2 3 4 5 6 7 (既に指定又は許可を受けている場合)						
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)						

\* 裏面に記載に関しての備考があります。

付表 1 訪問介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	オオドリカイゴステーション				
	名 称	大通り介護ステーション				
	所在地	(郵便番号 - ) 神奈川県 都 道 市 区 町 村 神奈川 府 県 ○○ △△7-7-7				
	連絡先	電話番号	000-000-0002 (内線)	FAX番号	000-000-0003	
管理者	フリガナ	ヒラツカ タロウ	住所	(郵便番号 333 - 3333 )		
	氏 名	平塚 太郎		平塚市○○3-3-3		
	生年月日	昭和○○年○月○日生				
	訪問介護員等との兼務の有無			<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の 従業者との兼務 (兼務の場合記入)	名称				
		兼務する職種 及び勤務時間等				
	共生型サービスの該当有無			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
従業者の職種・員数		訪問介護員等				
		専 従	兼 務			
常 勤 (人)			2			
非常勤 (人)			6			
常勤換算後の人数 (人)		3.2				
利用者の推定数 (人)		20				
サービス提供 責任者	フリガナ	ヒラツカ タロウ	住所	(郵便番号 333 - 3333 )		
	氏 名	平塚 太郎		平塚市○○3-3-3		
	フリガナ	ズシ ジロウ	住所	(郵便番号 555 - 5555 )		
	氏 名	逗子 次郎		逗子市△△5-5-5		
添付書類		別添のとおり				

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 - ) 都 道 市 区 府 県 町 村			
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			

- 備考 1 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紙に記載した書類を添付してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3 当該事業を事業所所在地以外の場所（いわゆる出張所）で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 1 訪問介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類・チェックリスト

必要書類の添付漏れがないか確認(☑を記載)し、付表と合わせて提出してください。

	添付書類	参考様式	新規指定申請 (※1)	更新申請 (※2)	備考
1	登記事項証明書又は条例等		<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式 1	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	サービス提供責任者の経歴		<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	書類を添付したら☑してください
4	平面図	参考様式 2	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	運営規程		<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	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 4	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
7	誓約書	参考様式 6	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

※1 新規指定申請の際は、全ての添付書類を提出してください。

※2 更新申請の際は、届出済みの内容から変更がない場合、添付を省略することが可能です。

添付を省略する場合には、「添付省略」にチェックを付けてください。

届出済みの内容が不明確な場合には、必要書類一式を提出してください。

※3 3「サービス提供責任者の経歴」は、次の書類に代えることが可能です(通知「指定訪問介護事業者の指定申請等におけるサービス提供責任者の経歴に係る提出書類の取扱いについて」(平成20年7月29日老振発第0729002号))。

(1) 介護福祉士の場合、「介護福祉士登録証」

(2) 介護職員基礎研修課程修了者及び訪問介護に関する1級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」

(3) 訪問介護に関する2級課程修了者の場合、「当該研修を修了した旨の証明書の写し」及び「3年以上介護等の業務に従事したことがわかる書類」

提出者(問合先)

事業所名	大通り介護ステーション
担当者名	平塚 太郎
電 話	000-000-0002
メールアドレス	<a href="mailto:kanagawa@〇〇.jp">kanagawa@〇〇.jp</a>



No	(4) 職種	(5) 勤務 形態	(6) 資格	(7) 氏 名	(8)																												(9)1～4週 目の勤務時 間数合計	(10) 週平均 勤務時間数	(11) 兼務状況 (兼務先／兼務する職務の 内容) 等		
					1週目							2週目							3週目							4週目										5週目	
					1 日	2 月	3 火	4 水	5 木	6 金	7 土	8 日	9 月	10 火	11 水	12 木	13 金	14 土	15 日	16 月	17 火	18 水	19 木	20 金	21 土	22 日	23 月	24 火	25 水	26 木	27 金	28 土					
1	管理者	A	一	厚労 太郎		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
2	サービス提供責任者	A	介護福祉士	〇〇 A郎		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
3	サービス提供責任者	A	実務者研修修了者	〇〇 B子		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40		
4	訪問介護員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 C子		4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20		
5	訪問介護員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 D子		4	4		4	4			4	4		4	4			4	4		4	4			4	4		4	4			64	16		
6	訪問介護員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 E子		3	2	3	2	1.5			3	2	3	2	1.5			3	2	3	2	1.5			3	2	3	2	1.5			46	11.5		
7	訪問介護員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 F子		5			5				5			5				5			5			5			5				40	10			
8	訪問介護員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 G子		8	8	8	8				8	8	8	8				8	8	8	8				8	8	8	8			128	32			
9	訪問介護員	C	介護職員初任者研修修了者	〇〇 H子			8	8	8					8	8	8					8	8	8					8	8	8			96	24			
10																																	0	0			
11																																	0	0			
12																																	0	0			
13																																	0	0			
14																																	0	0			
15																																	0	0			
16																																	0	0			
17																																	0	0			
18																																	0	0			

(12)サービス提供責任者の配置基準 (前3か月の利用者数)					(新規申請の場合は推定数)					(人)				
	6月	7月	8月	合計										
要介護者	30	31	31	92										
要支援者等	15	16	15	46										
通所等	0.3	0.4	0.3	1										
合計	45.3	47.4	46.3	139										
													(平均利用者数)	
													46.3	

平均利用者数 46.3 ÷ (※) 40 = 1.2 ⇒ サービス提供責任者の必要配置人数 1.2人以上 (小数点第1位に切り上げ)

- (※) 以下の要件を全て満たす場合、利用者の数が50人またはその端数を増すごとに1人以上で可
- ・常勤のサービス提供責任者を3人以上配置
  - ・サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置
  - ・サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている

(13)【任意入力】人員基準の確認 (訪問介護員)										(勤務形態の記号)			
勤務形態	勤務時間数合計				常勤換算の対象時間数				常勤換算方法対象外の 常勤の従業者の人数	記号	区分		
	当月合計	週平均	当月合計	週平均	当月合計	週平均	当月合計	週平均					
A	320	80	0	0	0	0	2		A	常勤で専従			
B	0	0	0	0	0	0	0		B	常勤で兼務			
C	454	113.5	454	113.5	454	113.5	-		C	非常勤で専従			
D	0	0	0	0	0	0	-		D	非常勤で兼務			
合計	774	193.5	454	113.5	454	113.5	2						

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週

常勤換算の対象時間数 (週平均) 113.5 ÷ 週に勤務すべき時間数 40 = 常勤換算後の人数 2.8 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 訪問介護員等の常勤換算方法による人数

常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数 2 + 常勤換算方法による人数 2.8 = 合計 4.8人

＜提出不要＞

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 (訪問介護)

- ・・・直接入力する必要がある箇所です。

・・・プルダウンから選択して入力する必要がある箇所です。
- 下記の記入方法に従って、入力してください。

なお、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に「シフト記号表（勤務時間帯）」も必ず添付して提出してください。

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

(1) 「4週」「暦月」のいずれかを選択してください。

(2) 「予定」「実績」「予定・実績」のいずれかを選択してください。（「予定・実績」は予定と実績が同じだったことを示す場合に選択してください。）

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。

(4) 従業者の職種について、下記のうち該当する職種をプルダウンより選択してください。（直接入力も可能です。）

記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

No	職種名
1	管理者
2	サービス提供責任者
3	訪問介護員

※サービス提供責任者は介護訪問員から選任しますが、この場合は「サービス提供責任者」として1行にまとめて記入してください。

(5) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号をプルダウンより選択してください。

記入の順序は、各職種の中で勤務形態の区分ごとにまとめてください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

(注) 常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所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に達していることをいいます。**雇用の形態は考慮しません。**

(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。)

(6) 従業者の保有する資格について、該当する資格名称をプルダウンより選択してください。（直接入力も可能です。）

保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。

※選択した資格及び研修に関して、必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。

(7) 従業者の氏名を記入してください。

(8) 申請する事業に係る従業者（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。

※ 指定基準の確認に際しては、4週分の入力で差し支えありません。

(9) 従業者ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがなければ確認してください。

※ 入力することができる時間数は、当該事業所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します。

(10) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがなければ確認してください。

(11) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称、兼務する職務の内容について記入してください。

同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。

その他、特記事項欄としてもご利用ください。

(12) 前3か月の利用者数をそれぞれの欄に入力してください。新規または再開の場合は、推定数とします。

当該指定訪問介護事業所が提供する指定訪問介護のうち、通院等乗降介助に該当するもののみを利用した者の当該月における利用者の数については、0.1人として計算してください。

(13) 【任意入力】訪問介護員について、各欄に該当する数字を入力し、常勤換算後の人数を算出してください。

- 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算する。  
したがって、勤務形態「A：常勤で専従」及び「B：常勤で兼務」については、実態に応じて「常勤換算の対象時間数」及び「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」を確認し、手入力すること。

○ 職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、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（常勤）として取り扱うことが可能です。この場合、勤務形態の記号は「A」または「B」とし、人員基準の確認の表においては、「常勤換算方法対象外の常勤の従業者の人数」の欄に1（人）として入力してください。また、「(11)兼務状況等」の欄に「短時間勤務制度利用」と記入してください。

【留意事項】

・初期設定では、誤入力防止のため「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のシートに保護がかかっていますので、行の追加・削除等を行う場合は「シートの保護」を解除してください。  
（「校閲」⇒「シート保護の解除」をクリック。PWは設定していません。再度、シートを保護する場合は、「シートの保護」⇒「OK」をクリック。）

・従業者の入力行が足りない場合は、適宜、行を追加してください。その際、計算式及びプルダウンの設定に支障をきたさないよう留意してください。

・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（参考様式）には計算式を設定していますが、入力の補助を目的とするものですので、結果については作成者の責任にてご確認ください。

・必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

事業所の サービス提供責任者 経 歴 書

事業所又は施設の名称		大通り介護ステーション	
カナ	ヒラツカ タロウ	生年月日	S33 年 3 月 3 日
氏名	平塚 太郎		
住所	(郵便番号 333 - 3333 ) 平塚市〇〇3-3-3		
電話番号	000-000-0004		
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
平成12年4月~平成12年10月	中央福祉サービス協会	経理兼事業企画	
平成12年11月~平成25年3月	株式会社 カナガワヘルプサービス	訪問介護員	
平成25年4月~平成30年9月	株式会社 ベイケアホームヘルプサービス	サービス提供責任者	
		今回、指定を受ける予定の事業について記載してください。	
指 定 ( 変 更 ) 後 に 従 事 す る 職 務			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
令和5年4月~	大通り介護ステーション	サービス提供責任者	
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資 格 の 種 類	資 格 取 得 年 月		
介護福祉士	平成19年4月		
備 考 (研修等の受講の状況等)			

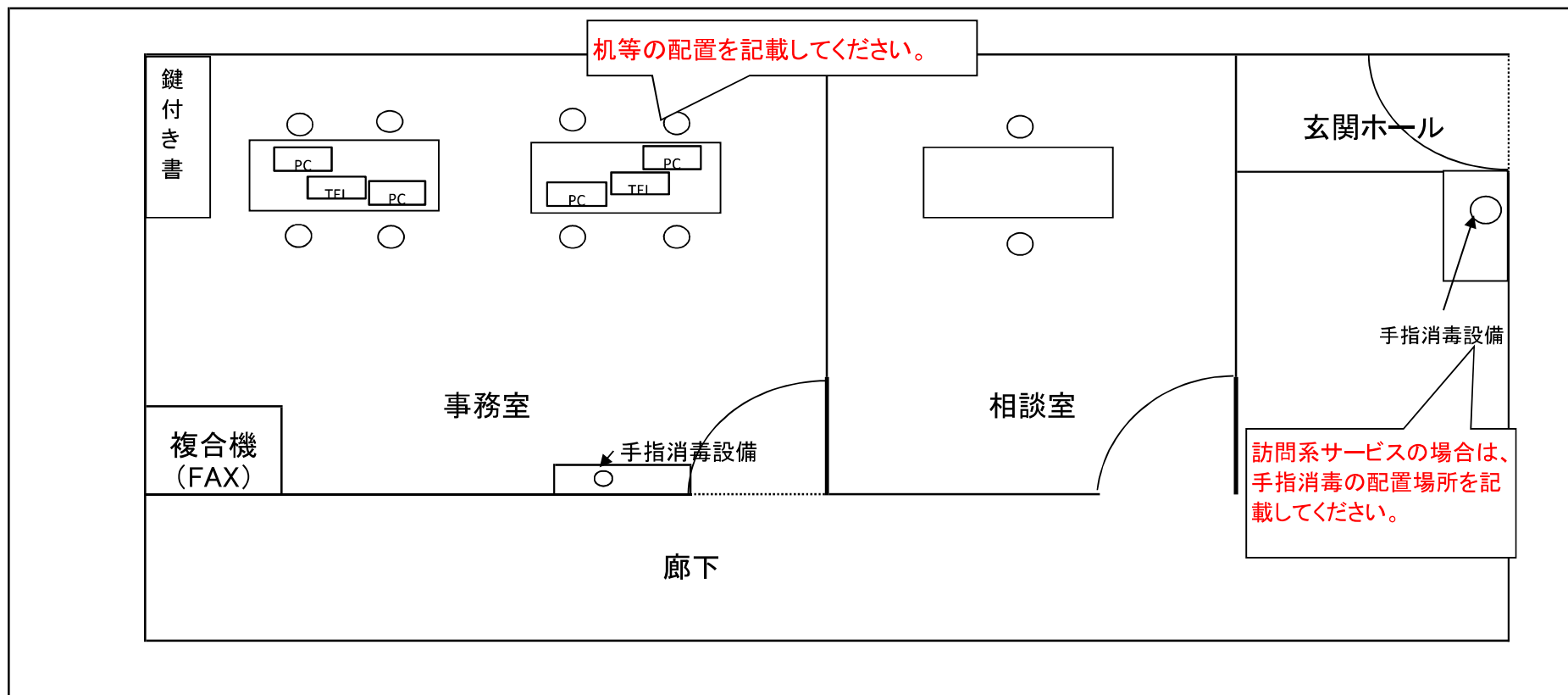
備考

- 1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 2 当該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。

(参考様式2)

平面図

事業所又は施設の名称	大通り介護ステーション
------------	-------------



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式4)

### 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	大通り介護ステーション
申請するサービス種類	訪問介護

#### 措 置 の 概 要

##### 1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置

- 相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置いている。また、担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者には必ず引き継いでいる。

(電話番号) 000-000-0002

(FAX番号) 000-000-0003

(担当者) 管理者 平塚 太郎

職名を記入してください。

不在時の対応についても記入してください。

##### 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- 苦情があった場合は、ただちにサービス提供責任者が相手方に連絡を取り、直接行くなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からの事情を確認する。
- サービス提供責任者が、必要であると判断した場合は、管理者まで含めて検討会議を行う。(検討会議を行わない場合でも、必ず管理者まで処理結果を報告する。)
- 検討の結果、必ず翌日までに具体的な対応をする(利用者に謝罪に行くなど)。
- 記録を台帳に保管し、再発を防ぐために役立てる。

##### 3 その他参考事項

- 普段から苦情が出ないようなサービス提供を心がけている(毎日朝礼等で確認。訪問介護員に対する研修の実施等)

事業所として、苦情を少なくするための具体的な方策について記載してください。

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

事業所名称

を記載してください。

【訪問介護】

(事業の目的)

第1条 〇〇法人〇〇が開設する〇〇△△ホームヘルプセンター（以下「事業所」という。）が行う指定訪問介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は介護員養成研修の修了者等（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な事業を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 事業所の訪問介護員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において、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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

2 事業の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(事業の運営)

第3条 訪問介護の提供に当たっては、事業所の訪問介護員等によってのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとする。

(事業所の名称等)

第4条 訪問介護を行う事業所の名称及び所在地は次のとおりとする。

- (1) 名称 〇〇△△ホームヘルプセンター
- (2) 所在地 神奈川県〇×市□△町1-2-3

(従業員の職種、員数及び職務内容)

第5条 事業所における従業員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- (1) 管理者 1名（常勤兼務）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業員に対し遵守すべき事項について指揮命令を行う。

- (2) サービス提供責任者 2名（常勤兼務2名）

サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護の利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う

- (3) 訪問介護員等

訪問介護員等は指定訪問介護の提供に当たる。

訪問介護員等	常勤（人）	非常勤（人）
専従	0人	0人
兼務	5人	2人

職員については、職種ごとに常勤、非常勤の別、専従、兼務の別で人数を記載してください。

(営業日及び営業時間等)

第6条 事業所の営業日及び営業時間は次のとおりとする。

- (1) 営業日 月曜日から金曜日までとする。ただし祝日、12月29日から1月3日は営業しない。
- (2) 営業時間 午前9時から午後5時まで
- (3) サービス提供時間 午前8時30分から午後6時まで
- (4) 上記の営業日、営業時間のほかに、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

(訪問介護の内容等)

第7条 訪問介護の内容は、次のとおりとする。

- (1) 身体介護
- (2) 生活援助
- (3) 通院等乗降介助

営業時間とサービス提供時間が異なる場合は、それぞれの時間を記載してください。

(緊急時における対応方法)

第8条 事業所の訪問介護員等は、訪問介護実施中に、利用者の病状に急変等が生じた時は速やかに主治医に連絡する等の措置を講じ、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等適切な措置を講ずるものとする。

- 2 前項について、しかるべき措置を講じた場合には、速やかに管理者に報告することとする。

(利用料等)

第9条 訪問介護を提供した場合の利用料金は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用者の負担割合に応じて支払いを受けるものとする。詳細は別添の料金表のとおり。

- 2 訪問介護を提供した場合の利用料金のほか、第10条の通常の事業の実施地域を超えて行う訪問介護に要した交通費は、公共交通機関を利用した場合はその実費を徴収する。なお、自動車を利用した場合の交通費は次の額を徴収する。

通常の実施地域を超えたところから片道1kmあたり ○○円

- 3 利用料の支払いを受けた時は、利用者又はその家族に対し、利用料とその他利用料について記載した領収書を交付する。

実施地域は客観的に場所が特定できるようにすること。○○市南部や事業所から○○Km以内などは不適切です。

(通常の事業の実施地域)

第10条 通常の実施地域は、○○市、△△市の一部地域(□□町、○町、×××町1丁目～5丁目)とする。

(虐待の防止のための措置)

第 11 条 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、訪問介護員等に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 訪問介護員等に対し、虐待の防止のための研修を採用時及び年 1 回以上実施する。
- (4) 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

(衛生管理等)

第 12 条 事業所は訪問介護員等の清潔の保持及び年 1 回の健康診断を行い健康状態の管理に努める。また、事業所の設備及び備品等の衛生管理に努めるものとする。

(相談・苦情処理)

第 13 条 事業所は、利用者からの相談、苦情等に迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講じるものとする。

- 2 事業所は、提供した訪問介護に関し、介護保険法第 23 条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市町村の職員からの質問若しくは照会に応じる等市町村が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては、指導又は助言に従って必要な改善を行うこととする。
- 3 事業所は、提供した訪問介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては、指導又は助言に従って必要な改善を行うこととする。

(事故処理)

第 14 条 事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

2 事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には速やかに損害賠償を行う。

(秘密の保持)

第 15 条 事業所は、利用者の個人情報について「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」及び個人情報保護に関する法律を遵守し適切な措置を講じる。

2 従業者は正当な理由がある場合を除き、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。退職後も同様とする。



- 3 事業所はサービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を利用する場合はあらかじめ文書により同意を得ることとする。

(記録の整備)

第 16 条 事業所は訪問介護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結から 5 年間保存する。

- (1) 訪問介護計画
- (2) 提供した具体的サービス内容等の記録
- (3) 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
- (4) 利用者に関する市町村への報告等の記録
- (5) 苦情・相談等に関する記録
- (6) 事故の状況及び事故に対する処置状況に関する記録

2 事業所は、従業員、設備、備品及び会計に関する記録を整備し、その終了の日から 5 年間保存する。

(その他運営に関する重要事項)

第 17 条 事業所は職員の資質向上のために以下の研修機会を設けるものとし、また業務体制を整備する。

- (1) 採用時研修 採用後 1 月以内に実施する。
- (2) 継続研修 年○回以上実施する。

2 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は〇〇法人と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附則

この規程は、令和〇〇年〇月〇日から施行する。

事業所名称  
を記載してください。

大通り介護ステーション訪問介護料金表

令和〇年〇月〇日現在

1 訪問介護の介護報酬に係る費用

項目	サービス1回当たりの料金					
	内容	所要時間	単位数 (利用者負担)	利用者負担額（円）		
				1割負担	2割負担	3割負担
①基本額 下段（ ）内は、利用者負担額を円に換算し表示したものです。ただし、小数点以下は切り捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。	身体介護	20分未満	163 単位 (△△△円)			
		20分以上 30分未満	244 単位 (△△△円)			
		30分以上 1時間未満	387 単位 (△△△円)			
		1時間以上	567 単位 (△△△円)			
		以降30分を増す毎に	82 単位 (△△△円)			
	生活援助	20分以上 45分未満	179 単位 (△△△円)			
		45分以上	220 単位 (△△△円)			
	通院等乗降介助	—	97 単位 (△△△円)			
②加算	初回加算	サービス提供責任者が初回又は初回と同月内に訪問した場合	200 単位/月 (△△△円)			
	早朝・夜間加算	早朝(6時～8時)又は夜間(18時～22時)に訪問した場合	所定単位数×25%			
	深夜加算	深夜(22時～翌6時)に訪問した場合	所定単位数×50%			
	緊急時訪問介護加算	利用者からの要請により緊急の訪問介護を行った場合	100 単位/回 (△△△円)			
	2人の訪問介護員によるサービス提供		所定単位数の200%			
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）		100 単位/月 (△△△円)			
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）		200 単位/月 (△△△円)			
	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ～Ⅴ（14））		地域単価×介護報酬総単位数(基本単位+各種加算減算)×サービス別加算率 <1単位未満の端数四捨五入>			

\* 利用者負担額(1割)の算出方法

①②の計算による1か月のサービス合計単位数×地域単価〇〇.〇〇=〇〇円（1円未満切り捨て）  
〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）

\* 利用者負担額(2割)の算出方法

①②の計算による1か月のサービス合計単位数×地域単価〇〇.〇〇=〇〇円（1円未満切り捨て）  
〇〇円－（〇〇円×0.8（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）

\* 利用者負担額(3割)の算出方法

①②の計算による1か月のサービス合計単位数×地域単価〇〇.〇〇=〇〇円（1円未満切り捨て）  
〇〇円－（〇〇円×0.7（1円未満切り捨て））=△△円（利用者負担額）

※〇〇.〇〇円は、〇〇市（〇級地）の地域単価

2 運営基準に定められたその他の費用

項目	金額	説明
その他の費用 (交通費)	実費	当事業所の通常の事業の実施地域（〇〇市△△区、◎◎区、▽▽区）にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費（実費）がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をお支払いいただきます。
		通常の事業の実施地域を越えてから、 片道1km毎に 〇〇円

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

令和

年

月

知事 殿

所在地

名 称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名 称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 群市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
	法人の種類別	法人所轄庁						
	代表者の職・氏名	職名				氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 群市						
	事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称						
主たる事業所・施設の所在地		(郵便番号 ー ) 県 群市						
連絡先		電話番号				FAX番号		
主たる事業所の所在地以外の場所 で一部実施する場合の出張所等の 所在地		(郵便番号 ー ) 県 群市						
連絡先		電話番号				FAX番号		
管理者の氏名								
管理者の住所		(郵便番号 ー ) 県 群市						
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定(許可) 年月日	異動等の区分			異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
施設	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護老人保健施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	介護医療院			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
介護保険事業所番号								
医療機関コード等								
特記事項	変 更 前			変 更 後				
関係書類		別添のとおり						

備考1「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の口を■にしてください。

6「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。

7「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

8「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙1-1-2)

## 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	そ の 他 該 当 す る 体 制 等				LIFEへの登録	割引	
各サービス共通				地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地 <input type="checkbox"/> 6 2級地 <input type="checkbox"/> 7 3級地 <input type="checkbox"/> 2 4級地 <input type="checkbox"/> 3 5級地 <input type="checkbox"/> 4 6級地 <input type="checkbox"/> 9 7級地 <input type="checkbox"/> 5 その他					
<input type="checkbox"/> 11 訪問介護		<input type="checkbox"/> 1 身体介護 <input type="checkbox"/> 2 生活援助 <input type="checkbox"/> 3 通院等乗降介助		定期巡回・随時対応サービスに関する状況	<input type="checkbox"/> 1 定期巡回の指定を受けていない <input type="checkbox"/> 2 定期巡回の指定を受けている <input type="checkbox"/> 3 定期巡回の整備計画がある				<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
				高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 2 基準型					
				特定事業所加算（V以外）	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 4 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅳ					
				特定事業所加算V	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					
				共生型サービスの提供（居宅介護事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					
				共生型サービスの提供（重度訪問介護事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）	<input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当					
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上））	<input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当					
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）	<input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当					
				特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					
				中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	<input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当					
				中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）	<input type="checkbox"/> 1 非該当 <input type="checkbox"/> 2 該当					
				口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり					
				認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ					
				介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> B 加算Ⅴ(1) <input type="checkbox"/> C 加算Ⅴ(2) <input type="checkbox"/> D 加算Ⅴ(3) <input type="checkbox"/> E 加算Ⅴ(4) <input type="checkbox"/> F 加算Ⅴ(5) <input type="checkbox"/> G 加算Ⅴ(6) <input type="checkbox"/> H 加算Ⅴ(7) <input type="checkbox"/> J 加算Ⅴ(8) <input type="checkbox"/> K 加算Ⅴ(9) <input type="checkbox"/> L 加算Ⅴ(10) <input type="checkbox"/> M 加算Ⅴ(11) <input type="checkbox"/> N 加算Ⅴ(12) <input type="checkbox"/> P 加算Ⅴ(13) <input type="checkbox"/> R 加算Ⅴ(14)					

## 【よくある質問】

**Q** 法人の登記事項証明書（謄本）は、写しでもよいですか。

**A** 原本をご提出ください。（発行日から3か月以内のもの）

**Q** 事業所の常勤職員（正社員）の勤務時間が、勤務形態一覧表で「常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間」に満たない場合、勤務形態のところは、どのように記載したらよいですか。

**A** 「常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間」が週40時間と設定されている場合、その勤務時間数を下回っていれば、勤務形態一覧表に記載いただく勤務形態は、正社員の方でも「非常勤で専従（又は兼務）」となります。

**Q** 運営規程の従業者の員数の記載については、「〇人以上」という記載でもよいですか。

**A** 原則として、職種ごとに常勤・非常勤の別、専従・兼務の別と員数を正確に記載いただく必要がありますが、従業者数が変わるとに運営規程を変更せずに済むよう、業務負担軽減等の観点から、「〇人以上」と記載することも差し支えありません。ただし、単に「2.5人以上」などとせず、事業所の実態に合った記載としてください。

**Q** 通常の事業の実施地域外の交通費については、自動車を利用した場合、どのように記載をしたらよいですか。

**A** 「通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道1km当たり〇〇円」としてください。

**Q** 料金表の利用者負担額（1割）の算出方法の計算式は、  
「地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）  
〇〇円×0.1＝△△円（利用者負担額）」でよいですか。

**A** 利用者負担額（1割）の算出方法の計算式は、  
「地域単価×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）  
〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）」となります。

**Q** 加算の届出書（介護給付費算定に係る体制等に関する届出書）の記載についてですが、指定予定年月日は「指定（許可）年月日」と「異動年月日」のどちらに書けばよいですか。

**A** 新規申請の場合には、指定予定年月日を「異動年月日」に記載してください。「指定（許可）年月日」は空欄にしてください。（「指定（許可）年月日」は、既に指定を受けているサービスで加算の変更をする際に、指定を受けた年月日を記載するところです。）