

開設予定事業者向け説明会資料 訪問看護

神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部
高齢福祉課

令和 7 年 1 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
○ 訪問看護料金早見表	5
○ ①②訪問看護指定申請に係る必要書類一覧表	11
○ ③訪問看護申請及び介護給付費請求に係る書類チェックリスト	13
○ ④申請書類作成にあたっての留意事項(訪問看護)	18
○ ⑤同一敷地内で2サービス以上の事業を行う場合	20
○ 申請書類記載例	22
○ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	37
○ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	38
○ よくある質問	40

※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 ■

○ 介護保険法に基づく居宅サービス事業
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
○ 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
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
○ 介護保険法に基づく居宅介護支援事業
居宅介護支援
○ 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
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
○ 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
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
○ 介護保険法に基づく介護予防支援事業
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
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。
 ※ 令和6年度からの地域区分の単価の見直しはない。

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)

		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

訪問看護料金早見表（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、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。

訪問看護費（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 指定訪問看護ステーションの場合								
（1）所要時間20分未満の場合	314	350	347	341	336	328	321	314
（2）所要時間30分未満の場合	471	524	521	511	504	491	481	471
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	823	916	910	893	881	858	841	823
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,128	1,255	1,247	1,223	1,207	1,176	1,152	1,128
（5）理学療法士等による訪問の場合（1回につき）	294	327	325	319	315	307	301	294
ロ 病院又は診療所の場合								
（1）所要時間20分未満の場合	266	296	294	289	285	278	272	266
（2）所要時間30分未満の場合	399	444	441	433	427	416	408	399
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	574	639	635	623	615	599	586	574
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	844	939	933	915	903	880	862	844
ハ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合	2,961	3,293	3,272	3,210	3,169	3,086	3,024	2,961
注2 要介護5の者の場合（1月につき）	800	890	884	868	856	834	817	800
注6 複数名訪問加算（Ⅰ）								
・ 複数の看護師等が同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	254	283	281	276	272	265	260	254
・ 複数の看護師等が同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	402	447	445	436	431	419	411	402
複数名訪問加算（Ⅱ）								
・ 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	201	224	223	218	215	210	206	201
・ 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	317	353	351	344	340	331	324	317
注7 長時間訪問看護加算（1回につき） ※特別管理加算の対象者に限る	300	334	332	326	321	313	307	300
注12 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	600	668	663	651	642	626	613	600
（二）病院又は診療所の場合	325	362	360	353	348	339	332	325
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	574	639	635	623	615	599	586	574
（二）病院又は診療所の場合	315	351	348	342	337	329	322	315
注13 特別管理加算（Ⅰ）（1月につき）	500	556	553	542	535	521	511	500
特別管理加算（Ⅱ）（1月につき）	250	278	277	271	268	261	256	250
注14 専門管理加算								
（イ）緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合	250	278	277	271	268	261	256	250
（ロ）特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合	250	278	277	271	268	261	256	250
注15 ターミナルケア加算(死亡月につき)	2,500	2,780	2,763	2,710	2,675	2,605	2,553	2,500
注16 遠隔死亡診断補助加算	150	167	166	163	161	157	154	150
ニ 初回加算Ⅰ（1月につき）	350	390	387	380	375	365	358	350
初回加算Ⅱ（1月につき）	300	334	332	326	321	313	307	300
ホ 退院時共同指導加算（1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り）	600	668	663	651	642	626	613	600
ヘ 看護・介護職員連携強化加算(1月に1回に限り)	250	278	277	271	268	261	256	250
ト 看護体制強化加算（Ⅰ）（1月につき）	550	612	608	597	589	574	562	550
看護体制強化加算（Ⅱ）（1月につき）	200	223	221	217	214	209	205	200
チ 口腔連携強化加算（1月につき）	50	56	56	55	54	53	51	50
リ サービス提供体制強化加算								
（1）イ又はロを算定している場合（1回につき）								
（一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	7	7	7	7	7	7	6
（二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3	4	4	4	4	4	3	3
（2）ハを算定している場合（1月につき）								
（一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	50	56	56	55	54	53	51	50
（二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	25	28	28	28	27	26	26	25

訪問看護料金早見表（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、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。

訪問看護費（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 指定訪問看護ステーションの場合								
（1）所要時間20分未満の場合	314	699	694	681	672	655	641	628
（2）所要時間30分未満の場合	471	1,048	1,041	1,021	1,008	982	962	942
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	823	1,831	1,819	1,785	1,762	1,715	1,681	1,646
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,128	2,509	2,493	2,446	2,414	2,351	2,304	2,256
（5）理学療法士等による訪問の場合（1回につき）	294	654	650	638	629	613	601	588
ロ 病院又は診療所の場合								
（1）所要時間20分未満の場合	266	592	588	577	570	555	543	532
（2）所要時間30分未満の場合	399	888	882	865	854	832	815	798
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	574	1,277	1,269	1,245	1,229	1,197	1,172	1,148
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	844	1,877	1,866	1,830	1,806	1,759	1,724	1,688
ハ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合	2,961	6,586	6,544	6,420	6,337	6,171	6,047	5,922
注2 要介護5の者の場合（1月につき）	800	1,780	1,768	1,735	1,712	1,668	1,634	1,600
注6 複数名訪問加算（Ⅰ）								
・ 複数の看護師等が同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	254	565	562	551	544	530	519	508
・ 複数の看護師等が同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	402	894	889	872	861	838	821	804
複数名訪問加算（Ⅱ）								
・ 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	201	447	445	436	430	419	411	402
・ 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	317	705	701	688	679	661	648	634
注7 長時間訪問看護加算（1回につき） ※特別管理加算の対象者に限る	300	668	663	651	642	626	613	600
注12 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	600	1,335	1,326	1,301	1,284	1,251	1,226	1,200
（二）病院又は診療所の場合	325	723	719	705	696	678	664	650
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	574	1,277	1,269	1,245	1,229	1,197	1,172	1,148
（二）病院又は診療所の場合	315	701	696	683	674	657	644	630
注13 特別管理加算（Ⅰ）（1月につき）	500	1,112	1,105	1,084	1,070	1,042	1,021	1,000
特別管理加算（Ⅱ）（1月につき）	250	556	553	542	535	521	511	500
注14 専門管理加算								
（イ）緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合	250	556	553	542	535	521	511	500
（ロ）特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合	250	556	553	542	535	521	511	500
注15 ターミナルケア加算（死亡月につき）	2,500	5,560	5,525	5,420	5,350	5,210	5,105	5,000
注16 遠隔死亡診断補助加算	150	334	332	326	321	313	307	300
ニ 初回加算Ⅰ（1月につき）	350	779	774	759	749	730	715	700
初回加算Ⅱ（1月につき）	300	668	663	651	642	626	613	600
ホ 退院時共同指導加算（1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り）	600	1,335	1,326	1,301	1,284	1,251	1,226	1,200
ヘ 看護・介護職員連携強化加算（1月に1回に限り）	250	556	553	542	535	521	511	500
ト 看護体制強化加算（Ⅰ）（1月につき）	550	1,224	1,216	1,193	1,177	1,147	1,123	1,100
看護体制強化加算（Ⅱ）（1月につき）	200	445	442	434	428	417	409	400
チ 口腔連携強化加算（1月につき）	50	112	111	109	107	105	102	100
リ サービス提供体制強化加算								
（1）イ又はロを算定している場合（1回につき）								
（一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	14	14	13	13	13	13	12
（二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3	7	7	7	7	7	6	6
（2）ハを算定している場合（1月につき）								
（一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	50	112	111	109	107	105	102	100
（二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	25	56	56	55	54	52	51	50

訪問看護料金早見表（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、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。

訪問看護費（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 指定訪問看護ステーションの場合								
（1）所要時間20分未満の場合	314	1,048	1,041	1,021	1,008	982	962	942
（2）所要時間30分未満の場合	471	1,572	1,562	1,532	1,512	1,473	1,443	1,413
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	823	2,746	2,729	2,677	2,642	2,573	2,521	2,469
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,128	3,763	3,740	3,669	3,621	3,526	3,455	3,384
（5）理学療法士等による訪問の場合（1回につき）	294	981	975	956	944	919	901	882
ロ 病院又は診療所の場合								
（1）所要時間20分未満の場合	266	888	882	865	854	832	815	798
（2）所要時間30分未満の場合	399	1,331	1,323	1,298	1,281	1,248	1,222	1,197
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	574	1,915	1,903	1,867	1,843	1,795	1,758	1,722
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	844	2,816	2,798	2,745	2,709	2,639	2,586	2,532
ハ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合	2,961	9,878	9,816	9,630	9,505	9,256	9,070	8,883
注2 要介護5の者の場合（1月につき）	800	2,669	2,652	2,602	2,568	2,501	2,451	2,400
注6 複数名訪問加算（Ⅰ）								
・複数の看護師等が同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	254	848	842	826	816	794	778	762
・複数の看護師等が同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	402	1,341	1,333	1,308	1,291	1,257	1,232	1,206
複数名訪問加算（Ⅱ）								
・看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	201	671	667	654	645	629	616	603
・看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	317	1,058	1,051	1,031	1,018	991	971	951
注7 長時間訪問看護加算（1回につき） ※特別管理加算の対象者に限る	300	1,001	995	976	963	938	919	900
注12 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	600	2,002	1,989	1,952	1,926	1,876	1,838	1,800
（二）病院又は診療所の場合	325	1,085	1,078	1,057	1,044	1,016	996	975
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	574	1,915	1,903	1,867	1,843	1,795	1,758	1,722
（二）病院又は診療所の場合	315	1,051	1,044	1,025	1,011	985	965	945
注13 特別管理加算（Ⅰ）（1月につき）	500	1,668	1,658	1,626	1,605	1,563	1,532	1,500
特別管理加算（Ⅱ）（1月につき）	250	834	829	813	803	782	766	750
注14 専門管理加算								
（イ）緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合	250	834	829	813	803	782	766	750
（ロ）特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合	250	834	829	813	803	782	766	750
注15 ターミナルケア加算（死亡月につき）	2,500	8,340	8,288	8,130	8,025	7,815	7,658	7,500
注16 遠隔死亡診断補助加算	150	501	498	488	482	469	460	450
ニ 初回加算Ⅰ（1月につき）	350	1,168	1,161	1,139	1,124	1,095	1,072	1,050
初回加算Ⅱ（1月につき）	300	1,001	995	976	963	938	919	900
ホ 退院時共同指導加算（1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り）	600	2,002	1,989	1,952	1,926	1,876	1,838	1,800
ヘ 看護・介護職員連携強化加算（1月に1回に限り）	250	834	829	813	803	782	766	750
ト 看護体制強化加算（Ⅰ）（1月につき）	550	1,835	1,824	1,789	1,766	1,720	1,685	1,650
看護体制強化加算（Ⅱ）（1月につき）	200	668	663	651	642	626	613	600
チ 口腔連携強化加算（1月につき）	50	167	166	163	161	157	153	150
リ サービス提供体制強化加算								
（1）イ又はロを算定している場合（1回につき）								
（一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	20	20	20	20	19	19	18
（二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3	10	10	10	10	10	9	9
（2）ハを算定している場合（1月につき）								
（一）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	50	167	166	163	161	157	153	150
（二）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	25	84	83	82	81	78	77	75

介護予防訪問看護料金早見表（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、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。

介護予防訪問看護費（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 指定介護予防訪問看護ステーションの場合								
（1）所要時間20分未満の場合	303	337	335	329	325	316	310	303
（2）所要時間30分未満の場合	451	502	499	489	483	470	461	451
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	794	883	878	861	850	828	811	794
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,090	1,212	1,205	1,182	1,167	1,136	1,113	1,090
（5）理学療法士等による訪問の場合（1回につき）	284	316	314	308	304	296	290	284
ロ 病院又は診療所の場合								
（1）所要時間20分未満の場合	256	285	283	278	274	267	262	256
（2）所要時間30分未満の場合	382	425	423	414	409	398	390	382
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	553	615	611	600	592	577	565	553
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	814	906	900	883	871	849	831	814
注5 複数名訪問加算（Ⅰ）								
・複数の看護師等が同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	254	283	281	276	272	265	260	254
・複数の看護師等が同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	402	447	445	436	431	419	411	402
複数名訪問加算（Ⅱ）								
・看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	201	224	223	218	215	210	206	201
・看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	317	353	351	344	340	331	324	317
注6 長時間訪問看護加算（1回につき） ※特別管理加算の対象者に限る	300	334	332	326	321	313	307	300
注11 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	600	668	663	651	642	626	613	600
（二）病院又は診療所の場合	325	362	360	353	348	339	332	325
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	574	639	635	623	615	599	586	574
（二）病院又は診療所の場合	315	351	348	342	337	329	322	315
注12 特別管理加算（Ⅰ）（1月につき）	500	556	553	542	535	521	511	500
特別管理加算（Ⅱ）（1月につき）	250	278	277	271	268	261	256	250
注13 専門管理加算								
（イ）緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合	250	278	277	271	268	261	256	250
（ロ）特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合	250	278	277	271	268	261	256	250
ハ 初回加算Ⅰ（1月につき）	350	390	387	380	375	365	358	350
初回加算Ⅱ（1月につき）	300	334	332	326	321	313	307	300
ニ 退院時共同指導加算（1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り）	600	668	663	651	642	626	613	600
ホ 看護体制強化加算（1月につき）	100	112	111	109	107	105	103	100
ヘ 口腔連携強化加算（1月につき）	50	56	56	55	54	53	51	50
ト サービス提供体制強化加算（1回につき）								
（1）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	7	7	7	7	7	7	6
（2）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3	4	4	4	4	4	3	3

介護予防訪問看護料金早見表（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、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。

介護予防訪問看護費（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 指定介護予防訪問看護ステーションの場合								
（1）所要時間20分未満の場合	303	674	670	657	649	632	619	606
（2）所要時間30分未満の場合	451	1,003	997	978	965	940	921	902
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	794	1,766	1,755	1,722	1,699	1,655	1,622	1,588
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,090	2,424	2,409	2,363	2,333	2,272	2,226	2,180
（5）理学療法士等による訪問の場合（1回につき）	284	632	628	616	608	592	580	568
ロ 病院又は診療所の場合								
（1）所要時間20分未満の場合	256	570	566	555	548	534	523	512
（2）所要時間30分未満の場合	382	850	845	828	818	796	780	764
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	553	1,230	1,222	1,199	1,184	1,153	1,130	1,106
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	814	1,811	1,799	1,765	1,742	1,697	1,662	1,628
注5 複数名訪問加算（Ⅰ）								
・複数の看護師等が同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	254	565	562	551	544	530	519	508
・複数の看護師等が同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	402	894	889	872	861	838	821	804
複数名訪問加算（Ⅱ）								
・看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	201	447	445	436	430	419	411	402
・看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	317	705	701	688	679	661	648	634
注6 長時間訪問看護加算（1回につき） ※特別管理加算の対象者に限る	300	668	663	651	642	626	613	600
注11 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	600	1,335	1,326	1,301	1,284	1,251	1,226	1,200
（二）病院又は診療所の場合	325	723	719	705	696	678	664	650
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	574	1,277	1,269	1,245	1,229	1,197	1,172	1,148
（二）病院又は診療所の場合	315	701	696	683	674	657	644	630
注12 特別管理加算（Ⅰ）（1月につき）	500	1,112	1,105	1,084	1,070	1,042	1,021	1,000
特別管理加算（Ⅱ）（1月につき）	250	556	553	542	535	521	511	500
注13 専門管理加算								
（イ）緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合	250	556	553	542	535	521	511	500
（ロ）特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合	250	556	553	542	535	521	511	500
ハ 初回加算Ⅰ（1月につき）	350	779	774	759	749	730	715	700
初回加算Ⅱ（1月につき）	300	668	663	651	642	626	613	600
ニ 退院時共同指導加算（1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り）	600	1,335	1,326	1,301	1,284	1,251	1,226	1,200
ホ 看護体制強化加算（1月につき）	100	223	221	217	214	209	205	200
ヘ 口腔連携強化加算（1月につき）	50	112	111	109	107	105	102	100
ト サービス提供体制強化加算（1回につき）								
（1）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	14	14	13	13	13	13	12
（2）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3	7	7	7	7	7	6	6

介護予防訪問看護料金早見表（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、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。

介護予防訪問看護費（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 指定介護予防訪問看護ステーションの場合								
（1）所要時間20分未満の場合	303	1,011	1,005	986	973	948	928	909
（2）所要時間30分未満の場合	451	1,505	1,495	1,467	1,448	1,410	1,382	1,353
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	794	2,649	2,632	2,582	2,549	2,482	2,432	2,382
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,090	3,636	3,614	3,545	3,499	3,408	3,339	3,270
（5）理学療法士等による訪問の場合（1回につき）	284	948	942	924	912	888	870	852
ロ 病院又は診療所の場合								
（1）所要時間20分未満の場合	256	854	849	833	822	801	784	768
（2）所要時間30分未満の場合	382	1,275	1,267	1,242	1,227	1,194	1,170	1,146
（3）所要時間30分以上1時間未満の場合	553	1,845	1,833	1,799	1,776	1,729	1,694	1,659
（4）所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	814	2,716	2,699	2,647	2,613	2,545	2,493	2,442
注5 複数名訪問加算（Ⅰ）								
・複数の看護師等が同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	254	848	842	826	816	794	778	762
・複数の看護師等が同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	402	1,341	1,333	1,308	1,291	1,257	1,232	1,206
複数名訪問加算（Ⅱ）								
・看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満指定訪問看護を行った場合	201	671	667	654	645	629	616	603
・看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上指定訪問看護を行った場合	317	1,058	1,051	1,031	1,018	991	971	951
注6 長時間訪問看護加算（1回につき） ※特別管理加算の対象者に限る	300	1,001	995	976	963	938	919	900
注11 緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	600	2,002	1,989	1,952	1,926	1,876	1,838	1,800
（二）病院又は診療所の場合	325	1,085	1,078	1,057	1,044	1,016	996	975
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）（1月につき）								
（一）指定訪問看護ステーションの場合	574	1,915	1,903	1,867	1,843	1,795	1,758	1,722
（二）病院又は診療所の場合	315	1,051	1,044	1,025	1,011	985	965	945
注12 特別管理加算（Ⅰ）（1月につき）	500	1,668	1,658	1,626	1,605	1,563	1,532	1,500
特別管理加算（Ⅱ）（1月につき）	250	834	829	813	803	782	766	750
注13 専門管理加算								
（イ）緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合	250	834	829	813	803	782	766	750
（ロ）特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合	250	834	829	813	803	782	766	750
ハ 初回加算Ⅰ（1月につき）	350	1,168	1,161	1,139	1,124	1,095	1,072	1,050
初回加算Ⅱ（1月につき）	300	1,001	995	976	963	938	919	900
ニ 退院時共同指導加算（1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り）	600	2,002	1,989	1,952	1,926	1,876	1,838	1,800
ホ 看護体制強化加算（1月につき）	100	334	332	326	321	313	307	300
ヘ 口腔連携強化加算（1月につき）	50	167	166	163	161	157	153	150
ト サービス提供体制強化加算（1回につき）								
（1）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6	20	20	20	20	19	19	18
（2）サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3	10	10	10	10	10	9	9

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

※ まずは、必要書類を一覧表により、確認してください。
（2.指定申請書類の様式、3.申請書類記載例・作成例 参照）

② 介護給付費請求に係る必要書類一覧表 P 2

※ 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。

③ チェックリスト P 3

※ 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。

④ 申請書類作成にあたっての留意事項 P 8

※ 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。

⑤ 同一住所で2サービス以上の事業を行う場合 P 10

◆ 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-3-3.html?topid=10&id=541>

－ （各サービス種類の名称）運営の手引き

① 訪問看護（介護予防訪問看護）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	別紙様式第一号（一）
2	申請者（開設者）の登記事項証明書の原本	
3	【病院又は診療所内で行う場合】 病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書の写し	
4	訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項	付表第一号（三）
5	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式 1
6	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）	
7	訪問看護ステーション管理者の免許証の写し	
8	事業所の平面図	標準様式 3
9	運営規程（料金表含む）	
10	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	標準様式 5
11	法人代表者等誓約書（別紙含む。）	標準様式 6
12	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 No 1、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	

※介護予防サービスのみ追加の場合は①の 1、2、4、5、9、11、12、②の 1、2、3

※吸収合併（分割）による事業承継の場合は①の 1、2、4、5、11、12、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、4、5、6、9、11、12、②の 1、2、3

※郵送による指定申請時には当該一覧表の順番のとおり書類を整え送付してください。

※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 訪問看護（介護予防訪問看護）指定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			
	チェック項目	チェック内容	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者、介護保険施設）指定（許可）申請書		
	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"/> 13桁の法人番号を記載している。 <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	<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"/> 指定介護予防サービスを行う場合、実施事業欄に「○」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"/>	【病院又は診療所内で行う場合】病院の使用許可証、診療所の使用許可証又は届出書の写し		
		<input type="checkbox"/> 病院や診療所で行う場合、使用許可証の写しを添付している。	※医療みなしの訪問看護は不要です。
<input type="checkbox"/>	訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定に係る記載事項		
	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。
	事業所種別	<input type="checkbox"/> 事業所種別にチェックをしている。	
	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"/> 訪問看護事業所で兼務する他の職種に記載している。（兼務の場合のみ記入） <input type="checkbox"/> 他の事業所、施設等の職務を兼務する場合、兼務先の名称、所在地、兼務先のサービス種別、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」
	利用者の推定数	<input type="checkbox"/> 申請月における利用者の推定数を記載している。	

	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。	
<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"/> 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"/> 氏名は資格証のものと一致している。 <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. <u>申請書類作成にあたっての留意事項</u>
<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"/> 訪問看護ステーション管理者の免許証の写し			
		<input type="checkbox"/> 管理者の名前が資格証の名前と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 氏名変更等の手続中であれば、申請中の書類を発行してもらっているか。	
<input type="checkbox"/> 事業所の平面図			
		<input type="checkbox"/> 事業を行うのに必要な設備、備品等を記載している。 <input type="checkbox"/> 手指を洗浄するための設備（手洗い場や洗面等）を記載している。 <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"/> 同一敷地内で他のサービス（例えば、通所介護等）を行う場合は、スペースや机ごとに事業名を明記するなどにより、次の①または②となっていることが確認できる。 ① 間仕切り等により各事業のスペースが明確に区分されている。	※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. <u>運営の手引き</u>

		<p>② 区分されていなくても業務に支障がない場合は、訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されている。</p> <p><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切なスペースが確保されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 感染性廃棄物（使用済みの医療廃棄物）を持ち込んで処理する場合は、感染性廃棄物等の保管場所を記載している。</p> <p><input type="checkbox"/> 滅菌機器を設置する場合は、滅菌機器の設置場所を記載している。</p>	
<input type="checkbox"/>	運営規程（料金表含む）		
	（運営規程）	<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>（指定訪問看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>（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（従業員の健康診断、感染性廃棄物の処理方法、使用機器に関することを含む）</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"/> 介護予防訪問看護の指定も併せて受ける場合、介護予防訪問看護の運営規程も作成している。（ただし、内容が網羅されていれば、訪問看護と一体的に作成しても構いません。）</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><参考></p> <p>－文書/カテゴリ検索</p> <p>－1. 新規事業者指定</p> <p>－各サービス</p> <p>－3. <u>申請書類記載例</u></p> <p>・作成例</p> <p><参考></p> <p><u>③. 申請書類作成にあたっての留意事項</u></p>

	(料金表)	<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。 <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。 <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。	<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 — 料金早見表（在宅サービスグループ所管分のみ）
<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			
		<input type="checkbox"/> 苦情等に対応する担当者名、職種を記載している。 <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している。	
<input type="checkbox"/> 法人代表者等誓約書			
		<input type="checkbox"/> 申請者の名称及び代表者の職名・氏名は、申請書（別紙様式第一号（一））の名称及び代表者の職名・氏名と一致している。 <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"/> 居宅サービスと介護予防サービスの貼付用紙を分けている。 <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 — 1. 新規事業者指定 https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topid=2 — 各サービス — 2. 指定申請書類様式	
<input type="checkbox"/> 介護給費算定に係る体制等に関する届出書			
		<input type="checkbox"/> 申請者の住所、氏名は、申請書（別紙様式第一号（一））の住所、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っても作成してください。
<input type="checkbox"/> 介護給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。	※加算を算定しない場合であっ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。	
		<p>※ 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</p> <p>ー 3. 加算届 https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-2.html?topid=4 ー 各サービス</p>	
確認項目（以下の書類については、必要に応じて提出を求めています。）			
<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、貸し主から訪問看護事業の用途で使用するについて同意を得ていることが確認できる書類の写しを補足添付してください。）	
<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> <p>※労働条件の明示については労働基準法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> <p>※利用者にケガをさせたり、物を壊してしまった場合など、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>	

④申請書類作成にあたっての留意事項（訪問看護ステーション）

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）常勤換算とは？

- 「看護職員の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、訪問看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

看護職員 A	常勤	週 40 時間勤務
看護職員 B	非常勤	週 20 時間勤務
看護職員 C	非常勤	週 20 時間勤務
看護職員 D	非常勤	週 16 時間勤務
看護職員 E	非常勤	週 10 時間勤務

看護職員の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、訪問看護の管理者 4 時間／日）、勤務表に割り振った時間を記載してください。
- 管理者は看護師又は保健師でなければなりません。（准看護師ではなれません）

2 設備基準

（１）同一敷地内で他のサービス（居宅介護支援、訪問介護等）を行う場合

- 同一敷地内で他のサービス（例えば、通所介護等）を行う場合は、次の①または②である必要があります。
 - ① 間仕切り等により各事業のスペースが明確に区分されている。
 - ② 区分されていない場合でも業務に支障がない場合は、訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されている。
- 平面図には、上記の状況を確認できるよう、備品（机）等に事業名等を明記してください。

(2) 感染性廃棄物の保管場所等

- 使用済みの医療材料等の感染性廃棄物を事業所に持ち込む場合は保管場所を平面図に記載してください。また、滅菌機器を設置する場合は、設置場所を平面図に記載してください。

3 運営規程

(介護予防事業も行う場合には、予防用・介護用それぞれの運営規程を作成する必要があります。両サービスの内容が網羅されていれば一体的に作成することも可能です。)

(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 64 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
→ 職種ごとに員数を記載してください。
例) 看護職員 2.5 名以上
- 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
- 指定訪問看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 76 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、健康診断、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。公共交通機関（電車、バス等）を利用する場合については、運賃ですので実費が明確ですが、自動車を使用する場合には、実費が明確ではありません。

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

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

⑤ 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：訪問看護事業…〇〇訪問看護ステーション
訪問介護事業…〇〇ホームヘルパーセンター

→

- ・ 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、図面は、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

- 次の①または②である必要があります。
- ① 間仕切り等により各事業のスペースが明確に区分されている。
- ② 区分されていなくても業務に支障がない場合は、訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されている。

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、必要な手続を行ってください。

別紙様式第一号(一)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

提出年月日を記入してください

令和5年4月1日

神奈川県 知事(市長)殿

所在地 神奈川県〇〇市〇〇1-2

申請者 名称 株式会社大通介護

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。

		法人番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇										
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 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 神奈川県 〇〇 市 〇〇 区 〇〇 町 〇〇 1-2												
	連絡先	電話番号	000-000-0000 (内線) 1111			FAX番号	000-000-0000							
		Email	kanagawa@〇〇〇.jp											
法人等の種類	法人等の種類	営利法人												
	代表者(開設者)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(開設者)の住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 神奈川県 〇〇 市 〇〇 区 〇〇 町 〇〇 1-201												
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☑														
指定(許可)を受けようとする事業所・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	共生型サービス申請時に☑	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	既に同一名称、同一所在地で指定を受けている事業がある場合には○を付けてください							
	訪問介護	☐			○									
	訪問入浴介護													
	訪問看護		○				令和5年5月1日							
	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													
	介護老人福祉施設													
	介護老人保健施設													
	介護医療院													
	介護予防訪問入浴介護													
	介護予防訪問看護		○				令和5年5月1日							
	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														
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)												

- 備考
- 1 「指定(許可)申請対象事業等」及び「既に指定(許可)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 2 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
 - 3 居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合であって、届出事項に変更がないときは、「事業所の名称及び所在地」、「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」、「当該申請に係る事業の開始予定年月日」、「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」、「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
 - 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
 - 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 6 指定(許可)を受けようとする事業所(施設)の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

付表第一号(三) 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇							
	フリガナ	オオドリホウモンカンゴステーション							
	名 称	大通訪問看護ステーション							
	所在地	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 神奈川県 〇〇市 〇〇町 〇〇番地 〇〇							
	連絡先	電話番号	000-000-0000 (内線) 1111		FAX番号	000-000-0000			
	Email	kanagawa@〇〇.jp							
事業所種別 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション									
管理者	フリガナ	ヨコハマ タロウ		住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇)				
	氏 名	横浜 太郎			〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地〇〇				
	生年月日	平成〇年〇月〇日生							
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)		看護職員						
	他の事業所、施設等の職 務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地							
		兼務先のサービス種別、兼務する 職種及び勤務時間等							
利用者の推定数		人							
○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		看護師		保健師		准看護師		理学・作業療法士、 言語聴覚士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常 勤(人)	3						
		非常勤(人)	1			1			
※常勤換算後の人数(人)		3.3							
添付書類		別添のとおり							

(訪問看護・介護予防訪問看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
- 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次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
 - ※欄は、訪問看護ステーションの場合のみ記入してください。
 - 病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。
 - 管理者の兼務の状況については、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。
 - 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従業者も含めて記載してください。

(別添)

付表第一号(三) 訪問看護・介護予防訪問看護事業所の指定等に係る記載事項 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	標準様式	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	病院・診療所の使用許可証等の写		<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	標準様式1	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
4	訪問看護ステーション管理者の免許証の写		<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
5	平面図	標準様式3	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
6	運営規程		<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
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	標準様式5	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付省略	
8	誓約書	標準様式6	<input checked="" type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 添付	

添付したら☑をいれてください

※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 2「病院・診療所の使用許可証等の写」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、4「訪問看護ステーション管理者の免許証の写」を添付する必要はありません。

提出者(問合先)

事業所名	大通訪問看護ステーション
担当者名	横浜 太郎
電 話	000-000-0000
メールアドレス	kanagawa@〇〇.jp

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 火	2 水	3 木	4 金	5 土	6 日	7 月	8 火	9 水	10 木	11 金	12 土	13 日	14 月	15 火	16 水	17 木	18 金	19 土	20 日	21 月	22 火	23 水	24 木	25 金	26 土	27 日	28 月						
1	管理者	A	保健師	厚 労 太 郎	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8			8	8	8				160	40	
2	看護職員	A	看護師	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	看護職員	A	看護師	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	看護職員	D	准看護師	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	理学療法士	A	理学療法士	〇〇 D子	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8			8	8	8				160	40			
6																																		0	0			
7																																		0	0			
8																																		0	0			
9																																		0	0			
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)【任意入力】 人員基準の確認(看護職員)

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 常勤の従業員の数
	当月合計	週平均	当月合計	週平均	
A	320	80	0	0	2
B	0	0	0	0	0
C	0	0	0	0	-
D	80	20	80	20	-
合計	400	100	80	20	2

(勤務形態の記号)

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

■ 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) 20 ÷ 常勤の従業員が
週に勤務すべき時間数 40 = 常勤換算後の人数 0.5
(小数点第2位以下切り捨て)

■ 看護職員の常勤換算方法による人数

常勤換算方法対象外の
常勤の従業員の数 2 + 常勤換算方法による人数 0.5 = 合計 2.5人

＜提出不要＞

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 記入方法 （訪問看護）

・・・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、「従業員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員が勤務すべき時間数を入力してください。

(4)従業員の職種について、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	看護職員
3	理学療法士
4	作業療法士
5	言語聴覚士

(5)従業員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員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時間勤務する従業員は常勤扱いとなります。）

(6)従業員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)従業員の氏名を記入してください。

(8)申請する事業に係る従業員（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)従業員ごとに、合計勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。

※ 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員が勤務すべき勤務時間数を上限とします。

(10)従業員ごとに、週平均の勤務時間数が自動計算されますので、誤りがないか確認してください。

(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活用ください。

(12)【任意入力】看護職員について、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、非常勤の従業員について「事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、

常勤の従業員の数に換算する方法」であるため、常勤の従業員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員の数」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、常勤の従業員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員の数」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「従業員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。）

・従業員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。

・「従業員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。

1. サービス種別

No	サービス種別名	
1	訪問看護（訪問看護ステーション）	【自治体の皆様へ】 本様式を使用する想定サービス種別と、代表的な組み合わせを記載しています。ここにない組み合わせについては、地域の実情に応じて適宜追加してください。
2	訪問看護（病院・診療所）	
3	介護予防訪問看護（訪問看護ステーション）	
4	介護予防訪問看護（病院・診療所）	
5	訪問看護・介護予防訪問看護（訪問看護ステーション）	
6	訪問看護・介護予防訪問看護（病院・診療所）	
7		
8		

2. 職種名・資格名称

職種名	管理者	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	—	—	—	—
資格	保健師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士				
	看護師	准看護師	—	—	—				
	—	保健師	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				
	—	—	—	—	—				

【自治体の皆様へ】

※ INDIRECT関数使用のため、以下のとおりセルに「名前の定義」をしています。

- 15行目・・・「職種」
- C列・・・「管理者」
- D列・・・「看護職員」
- E列・・・「理学療法士」
- F列・・・「作業療法士」
- G列・・・「言語聴覚士」

※自治体の条例により定められた資格等、自治体独自の資格を追加する必要がある場合は、上表の空欄に資格名称を追加してください。
行が足りない場合は、適宜追加してください。

※職種を追加したい場合は、15行目に職種名を追加し、それぞれの列に必要な資格を入力してください。

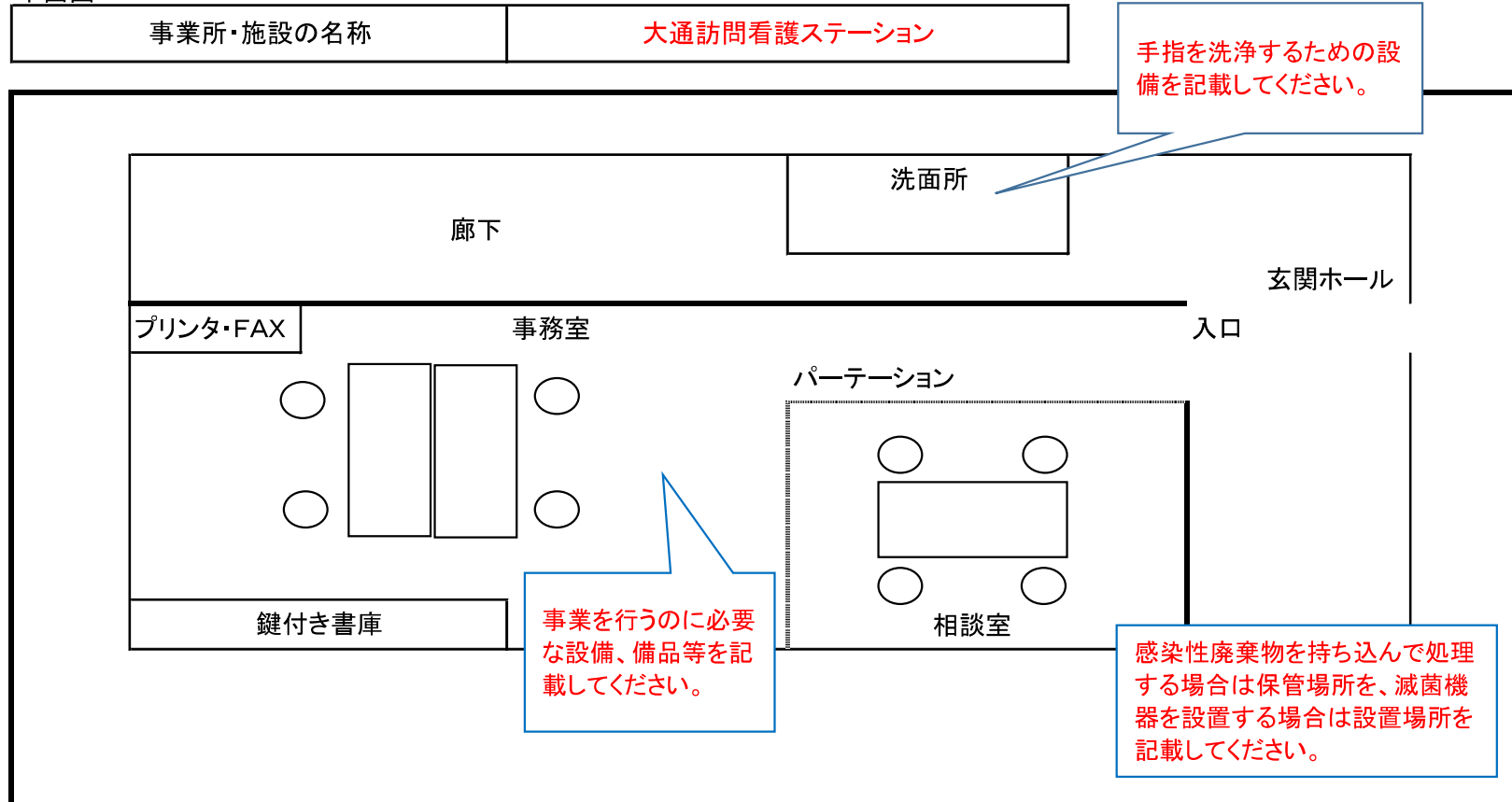
その後、以下の手順で必要資格について「名前の定義」をします。

- ・「数式」タブ ⇒ 「名前の定義」を選択
- ・「名前」に職種名を入力
- ・「参照範囲」にその職種の必要資格を範囲設定する ⇒ OKボタン

編集したい場合は、「数式」タブ ⇒ 「名前の管理」で編集してください。

(標準様式3)

平面図



- 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。

(標準様式5)

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	大通訪問看護ステーション
申請するサービス種類	訪問看護・介護予防訪問看護

措 置 の 概 要
<p>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</p> <p>・ 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、担当者に必ず引き継いでいる。 (電話番号) 000-000-0000 (FAX番号) 000-000-0000 (担当者) 管理者 横浜 太郎</p> <p>職名を記入してください。</p> <p>不在時の対応についても記入してください。</p>
<p>2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <p>・ 苦情があった場合は、ただちに管理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。 ・ 管理者が必要と判断した場合は、検討会議を行う。 ・ 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。</p>
<p>3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)</p> <p>ご記入不要です。</p>
<p>4 その他参考事項</p> <p>・ 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。看護職員に対する研修の実施等)</p> <p>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。</p>

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。

作成例

大通訪問看護ステーション運営規程

【訪問看護・介護予防訪問看護】

事業所名称を記載してください。

（事業の目的）

第1条 株式会社大通り介護が開設する大通訪問看護ステーション（以下「事業所」という。）が行う指定訪問看護及び介護予防訪問看護の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、事業所の看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護職員等」という。）が、要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）であり、主治の医師が必要と認めた高齢者に対し、適正な事業の提供を目的とする。

（運営の方針）

- 第2条 事業所は訪問看護の提供に当たり、要介護状態となった場合においても、その利用者が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、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を図る。
- 2 事業所は指定介護予防訪問看護の提供に当たり、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を図る。
- 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努める。
- 4 事業所は事業の運営に当たって、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。
- 5 指定訪問看護のサービス提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医及び居宅介護支援事業所（指定介護予防訪問看護にあっては地域包括支援センター）へ情報提供を行うものとする。
- 6 前5項の他に、神奈川県が条例で定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

（事業の運営）

第3条 （介護予防）訪問看護の提供に当たっては、事業所の看護職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 （介護予防）訪問看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 大通訪問看護ステーション
- （2）所在地 神奈川県〇×市□△町1-2-3

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。理学療法士等がいる場合は項目を設けて、記入してください。

（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 看護師1名（常勤・看護職員兼務）

管理者は、主治医の指示に基づき適切な（介護予防）訪問看護が行われるよう必要な管理及び従

業員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) 看護職員 看護師 4 名（常勤兼務 3 名、非常勤兼務 1 名）

准看護師 1 名（非常勤兼務 1 名）

看護職員は、（介護予防）訪問看護計画書及び報告書を作成し、（介護予防）訪問看護を行う。

（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、常時 24 時間、利用者やその家族からの電話等による連絡体制を整備する。

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。

（訪問看護の内容等）

第 7 条 （介護予防）訪問看護の内容は、次のとおりとする。

(1) 清拭、洗髪等による清潔の保持

(2) 食事及び排泄等日常生活の世話

(3) ターミナルケア

(4) 褥瘡の予防、処置

(5) カテーテル管理等の医療処理

(6) リハビリテーション

(7) 家族への療養生活上の助言・相談及び介護方法の指導

(8) その他医師の指示による医療処置

（緊急時における対応方法）

第 8 条 （介護予防）訪問看護実施中に、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し、適切な処置を行うものとする。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じるものとする。

2 前項について、しかるべき処置をした場合には、速やかに管理者及び主治医に報告することとする。

（利用料等）

第 9 条 （介護予防）訪問看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。ただし、支給限度額を超えた場合は、全額利用者の自己負担とする。

2 （介護予防）訪問看護を提供した場合の利用料金のほか、以下の場合はその他利用料として支払いを受けるものとする。

(1) エンゼルケア ○○○○円

交通費を請求できるのは、通常の事業の実施地域を越えた地点からです。
実費相当額とし、利用者に説明できるようガソリン代実費で1kmあたりの金額を計算して設定してください。

(2) 第10条の通常の事業の実施地域を超えて行う(介護予防)訪問看護等に要した交通費は、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してください。○○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。

健康診断に関しては必ず記入してください。
医療廃棄物を事業所に持ち込まない場合はその旨を必ず記載してください。

(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年1回以上開催するとともに、その結果について、看護職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) 看護職員等に対し、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 看護師等は清潔の保持及び年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。医療廃棄物については、事業所へ持ち込まず、利用者又はその家族が医療機関に持ち込む等して処理する。

(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(介護予防)訪問看護に関し、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(介護予防)訪問看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 事業者は、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用い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（介護予防）訪問看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) 主治医の指示書

(2) (介護予防) 訪問看護計画書

(3) (介護予防) 訪問看護報告書

(4) 提供した具体的サービス内容等の記録

(5) 利用者に関する市町村への報告等の記録

(6) 苦情・相談等に関する記録

(7) 事故の状況及び事故に対する処置状況に関する記録

(8) 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

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 年〇回 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株式会社大通り介護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、令和〇年〇月 1 日から施行する。

【訪問看護事業及び介護予防訪問介護事業の料金表の例】

大通訪問看護ステーション料金表【訪問看護】 【介護予防訪問看護】

事業所名称
を記載してください。

令和〇年〇月〇日現在
〇級地:〇〇円

		単位数	金額(円)	利用者負担額(円)		
				1割負担	2割負担	3割負担
訪問看護	20分未満	314				
	30分未満	471				
	30分以上1時間未満	823				
	1時間以上1時間30分未満	1128				
介護予防 訪問看護	20分未満	303				
	30分未満	451				
	30分以上1時間未満	794				
	1時間以上1時間30分未満	1090				

利用者負担額は、下記*の
算出方法により算出してくださ
い。

早朝(午前6時から午前8時)、夜間(午後6時から午後10時)は25%増
深夜(午後10時から午前6時)は50%増

加算	緊急時訪問看護加算(Ⅰ)		600	算定する加算のみ記載してください。		
	緊急時訪問看護加算(Ⅱ)		574			
	特別管理加算(Ⅰ)		500			
	特別管理加算(Ⅱ)		250			
	ターミナルケア加算		2500			
	複数名訪問加算(Ⅰ)	30分未満	254			
	看護師等／1回につき					
	複数名訪問加算(Ⅰ)	30分以上	402			
	看護師等／1回につき					
	複数名訪問加算(Ⅱ)	30分未満	201			
	看護師・看護補助者／1回につき					
	複数名訪問加算(Ⅱ)	30分以上	317			
	看護師・看護補助者／1回につき					
	退院時共同指導加算(1回につき)		600	事業所が所在する市町村の地域単価を記載してください。		
初回加算Ⅰ(1月につき)		350				
初回加算Ⅱ(1月につき)		300				

算定する加算のみ記載
してください。

事業所が所在する市町村の
地域単価を記載してください。

* 利用者負担額の算出方法

- ①②の計算による1ヶ月のサービス合計単位数×△円=〇〇円(1円未満切り捨て)
〇〇円-(〇〇円×(負担割合)(1円未満切り捨て))=□□円(利用者負担額)
※(負担割合)は利用者の負担割合(1割・2割・3割)

その他記載の必要なものがある場合
は記載してください。

その他の費用	〇〇〇 〇〇円
--------	---------

通常の実施地域外へ訪問看護を提供する 場合の交通費 (実施地域を超えた地点から)	<ul style="list-style-type: none"> ・公共交通機関を利用した場合 実費を徴収します。 ・自動車を使用する場合は、片道1km毎に〇〇円
--	---

(別紙2)

【記載例】

受付番号		届出日を記載してください。			
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>					
神奈川県 知事 殿		令和 6 年 6 月 15 日			
法人の内容を記載してください。(事業所の名称等を記入しないこと)		所在地 神奈川県〇〇市〇〇 1-2 名 称 株式会社大通介護			
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	カブシキガイシャオドリカイゴ 株式会社大通介護			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 123 - 1234) 神奈川県 〇〇 市 〇〇 1-2 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号 045-000-0000	FAX番号 045-000-0000		
	法人の種類	株式会社	法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名 代表取締役	氏名 神奈川 太郎		
事業所・施設の状態	代表者の住所	(郵便番号 123 - 1234) 神奈川県 〇〇 市 ×× 1-201			
	フリガナ 事業所・施設の名称	オオドリホウモンカンゴステーション 大通訪問看護ステーション			
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 123 - 1234) 神奈川県 〇〇 市 △町1-2-3			
	連絡先	電話番号 045-000-0000	FAX番号 045-000-0000		
	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 -) 県 市 (介護予防)訪問看護、もしくは(介護予防)訪問リハビリでサテライトを設置している場合は、			
事業所・施設の種類	連絡先	電話番号	FAX番号		
	管理者の氏名	横浜 一郎			
事業所・施設の種類	管理者の住所	(郵便番号 123 - 1234) 神奈川県 〇〇 市 〇〇町1-21マンション101号			
	同一所在地において行う事業等の種類			実施 指定 (許可)	
届出を行う事業所・施設の種類	訪問介護	該当するサービス欄に「○」を記載してください。	異動等の区分	異動 (予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	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	令和6年9月1日	
	訪問リハビリテーション		<input checked="" 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	新規の場合は空欄になります。	<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 checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和6年9月1日	
	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	介護予防サービスを実施する場合、介護予防サービスについても記載してください。	<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"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所療養介護		<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		
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			
	新規指定の場合は空欄となります。				
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)

【記載例】

算定するしないに関わらず、すべての項目を埋めてください。

事業所番号																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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										LFEへの登録	割引
各サービス共通			地域区分	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 13 訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 3 定期巡回・随時対応サービス連携		高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input checked="" type="checkbox"/> 2 基準型							<input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり		
			特別地域加算	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当									
			緊急時訪問看護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ								
			特別管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可									
			専門管理加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
			ターミナルケア体制	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
			遠隔死亡診断補助加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり									
			看護体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ								
口腔連携強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり												
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ(イ及びロの場合)	<input type="checkbox"/> 4 加算Ⅰ(イ及びロの場合)											
			<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ(ハの場合)	<input type="checkbox"/> 5 加算Ⅰ(ハの場合)										

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(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状況)

サテライト用です。

事業所番号																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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																
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"/> 13 訪問看護	<input type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所 <input type="checkbox"/> 3 定期巡回・随時対応型サービス連携		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														

(別紙1-2-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（介護予防サービス）

			事業所番号									
提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その	該 当 す る 体 制 等					LFEへの登録	割引		
各サービス共通			地域区分	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 63 介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所		高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input checked="" type="checkbox"/> 2 基準型				<input type="checkbox"/> 1 なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり			
			特別地域加算	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当							
			緊急時介護予防訪問看護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ						
			特別管理体制	<input checked="" type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可							
			専門管理加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
			看護体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
			口腔連携強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 4 加算Ⅱ									

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（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状況）

			事業所番号									
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								
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"/> 63 介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> 1 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 2 病院又は診療所		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							

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

【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 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。）