

# 記載例

第1号様式の7（第1条の11関係）（表）（用紙 日本工業規格A4縦長型）

受付番号 ※

指定居宅サービス事業者（指定居宅指定（許可）申請書

法人の登記簿に記載されている主たる所在地を記載してください。

介護保険施設

提出年月日を記載してください。

サービス事業者）

平成 2 5 年 8 月 1 日

神奈川県知事殿

住所 神奈川県横浜市中区大通り9-99-9

法人代表者印を押してください。

申請者

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

株式会社 大通り介護 代表取締役 神奈川二郎

印

介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者（指定介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）の指定（許可）を、関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号 ※

医療法人、社会福祉法人、NPO法人など法人の所轄庁がある場合に記載。株式会社、合同会社などの場合は記載不要

申請者	フリガナ	カブシキカイシャ オオドリカイゴ				
	名称	株式会社 大通り介護				
	主たる事務所の所在地	(〒000-0000) 神奈川県横浜市中区大通り9-99-9				
	連絡先	電話番号	045-000-0000		FAX番号	045-000-0001
事業所又は施設	法人の種類	株式会社		法人の所轄庁		
	代表者（開設者）の役職名・氏名	役職名	代表取締役	フリガナ氏名	カナガワ ジロウ 神奈川 二郎 (生年月日 1950年1月1日)	
事業所又は施設	代表者（開設者）の住所	(〒111-1111) 神奈川県横浜市中区金沢南1-1-1				
	フリガナ	オオドリカイゴステーション				
	所在地	(〒222-2222) 神奈川県〇〇市△△7-7-7				
事業所又は施設	電話番号	000-000-0002				
	実施事業	事業開始予定年月日	指定（許可）年月日	添付する付表		
同一所在地内において行う事業又は施設の種類の指定	訪問介護	◎	平成25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				付表6	
	通所リハビリテーション				付表7、8	
	短期入所生活介護				付表9、10、11	
	短期入所療養介護				付表12	
	特定施設入居者生活介護				付表13	
	福祉用具貸与				付表14	
	特定福祉用具販売				付表15	
	居宅介護支援事業	○		平成24年4月1日	付表16	
	施設	介護老人福祉施設				付表17
	施設	介護老人保健施設				付表18
指定介護予防サービスの種類	介護予防訪問介護	◎	平成25年9月1日		付表1	
	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	
	介護予防通所介護				付表6	
	介護予防通所リハビリテーション				付表7、8	
	介護予防短期入所生活介護				付表9、10、11	
	介護予防短期入所療養介護				付表12	
	介護予防特定施設入居者生活介護				付表13	
介護予防福祉用具貸与				付表14		
特定介護予防福祉用具販売				付表15		

指定を受けたい事業に◎を付けてください。

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。

既に指定を受けている事業所と同一事業所番号にしたい場合に記載してください。同一事業所番号にするには、事業所名称、事業所所在地が一致している必要があります。

介護保険事業所番号（既に指定又は許可を受けている場合のみ記入してください。）

1	4	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

医療機関コード等

--	--	--	--	--	--

第1号様式の7 (付表1)(第1条の11関係)(表)(用紙 日本工業規格A4縦長型)

訪問介護事業者(介護予防訪問介護事業者)の記入事項

受付番号※

事業所	フリガナ	オオドオリカイゴステーション		申請書に記載の事業所名称、事業所所在地、事業所電話番号と一致させてください。								
	名称	大通介護ステーション										
	所在地	(〒 222-2222 )		定款等の事業目的欄を確認して記載してください。								
		神奈川県〇〇市△△7-7-7										
連絡先	電話番号	000-000-0002		FAX番号								
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項				第 2 条 項 5・6 号								
利用者の推定数				2 0 人								
管理者	フリガナ	ヒラツカ タロウ		(〒333-3333)								
	氏名	平塚 太郎		住所 平塚市〇〇3-3-								
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)				サービス提供責任者							
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称		同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合に記載してください。週当たりの勤務時間も記載してください。							
		兼務する職種及び勤務時間										
サービス提供責任者	フリガナ	ヒラツカ タロウ		住所								
	氏名	平塚 太郎		平塚市〇〇3-3-3								
	フリガナ	ズシ ジロウ		(〒555-5555)								
	氏名	逗子 次郎		住所 鎌倉市△△5-5-5								
従業員等	訪問介護員等		常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数(人)	基準上の必要員数(人)	適否					
		専従										
		兼務	2	6	3.2		正月休暇、夏季休暇等がある場合には記載してください。					
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考	12月29日から1月3日まで休み。	
				〇	〇	〇	〇	〇				
	営業時間	9:00~17:00		事業所が開いている時間を記載								
		備考	サービス提供時間 7:00~20:00 24時間電話対応可能									
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額								
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額								
その他の費用		別添運営規程のとおり										
通常の事業の実施地域		① 茅ヶ崎市	② 鎌倉市一部	③	④	⑤						
		備考 鎌倉市の一部地域については事業所にお問い合わせください。										

実施地域は市町村単位でなく、市町村の一部地域も認められますが、運営規程上、一部地域を特定する必要があります。

第1号様式の7 (第1条の11関係)(付表6)(表)(用紙 日本工業規格A4縦長型)

通所介護事業者(介護予防通所介護事業者)の記入事項

受付番号※

事業所	フリガナ	オオドリカイゴステーション		申請書に記載の事業所名称、事業所所在地、事業所電話番号と一致させてください。						
	名称	大通デイサービスセンター								
	所在地	(〒222-2222) 神奈川県横浜市南区幸福町7-7-7								
	連絡先電話番号	045-000-0002		FAX番号	045-000-0003					
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項				第 2 条 項 5 号						
管理者	フリガナ	ヨコハマ タロウ		(〒333-3333)						
	氏名	横浜 太郎		当該通所介護事業所で他の職務を兼務する場合に記載してください。						
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)		介護職員							
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称 大通介護ステーション 兼務する職種及び勤務時間 居宅介護支援 管理者 週5時間							
実施単位数	1 単位		同時に通所介護(介護予防)できる利用者の数の上限		同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合に記載してください。週当たりの勤務時間も記載してください。					
単位①	単位当たりの従業者	生活相談	専従兼			20 人				
		常勤(人)	2			2				
		非常勤(人)	2			4				
		基準上の必要員数(人)	※			※				
	適否	※			※					
	定員	20 人								
	営業日	月・火・水・木・金		備考	12月29日から1月3日まで休み。					
営業時間	9:00~17:00		平面図より算出した面積を記載してください。							
	備考	サービス								
食堂及び機能訓練室の合計床面積		90.75 m <sup>2</sup>		基準上の必要数値	※ m <sup>2</sup> 以上 ※					
主な揭示事項	定員	営業日に○をしてください。		20 人						
	営業日	日	月	火	水	金	土	祝	備考	12月29日から1月3日まで休み。
	営業時間	9:00~17:00		事業所が開いている時間を記載						
		備考	サービス提供時間 9:30~15:45		サービス提供時間を記載					
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告示上の額						
		法定代理受領分以外		介護報酬告示上			実施地域は市町村単位でなく、市町村の一部地域も認められますが、運営規程上、一部地域を特定する必要があります。			
	その他の費用	別添運営規程のとおり								
通常の事業の実施地域	① 横浜市		② 川崎市の一部		③	④	⑤			
	備考		川崎市の一部地域については事業所にお問い合わせください。							

第1号様式の4 (第1条の7関係)(付表3)(表)(用紙 日本工業規格A4縦長型)

訪問看護事業者(介護予防訪問看護事業者)の記入事項

受付番号 ※

事業所	フリガナ	オオドオリカンゴステーション									
	名称	大通看護ステーション									
	所在地	(〒222-2222) 神奈川県横浜市南区幸福町7-7-7									
	連絡先	電話番号	045-000-0002			FAX番号	045-000-0003				
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項					第 2 条 項 5 号						
病院、診療所、訪問看護ステーションの別					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	(〒333-3333) 横浜市西区港町3-3-3					
	氏名	横浜 太郎				当該訪問看護事業所で他の職務を兼務する場合に記載してください。					
	訪問看護ステーションの申請時の記入欄	職種	看護師			登録番号	第1-1234567				
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)	看護職員									
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)	事業所又は施設の名称	大通介護ステーション								
	兼務する職種及び勤務時間	居宅介護支援 管理者 週5時間									
従業者			看護師		同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合に記載してください。						
			専従	兼務	専従	兼務					
	常勤(人)	2	2	0	0	1	0	0	0		
	非常勤(人)	1	0	0	0	0	1	1	0		
	常勤換算後の員数(人)	4.5									
	基準上の必要員数(人)	※ 正月休暇、夏季休暇等がある場合には記載してください。									
適 否 ※											
事業所を兼用する事業所(併設、別棟、別当り等)を記入してください。											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	備考	
				○	○	○	○				12月29日から1月3日まで休み。
	営業時間	9:00~17:00 事業所が開いている時間を記載									
		備考	サービス提供時間 7:00~20:00				サービス提供が可能な時間を記載				
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告示上の額									
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額									
その他の費用	別添運営規程のとおり。										
通常の事業の実施地域	① 横浜市 ② 川崎市の一部 ③ ④ ⑤										
	備考 川崎市の一部地域については事業所にお問い合わせください。										

第1号様式の4 (第1条の7関係)(付表16)(用紙 日本工業規格A4縦長型)

指定居宅介護支援事業者の記入事項

		受付番号		※						
事業所	フリガナ	オオドオリケアステーション		申請書に記載の事業所名称、事業所所在地、事業所電話番号と一致させてください。						
	名称	大通ケアステーション								
	所在地	(〒222-2222) 神奈川県横浜市南区幸福町7-7-7		定款等の事業目的欄を確認して記載してください。						
	連絡先	電話番号	045-000-0002			FAX番号	045-000-0003			
申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項				第 2 条 項 5 号						
管理者	フリガナ	ヨコハマ ハナコ		(〒333-3333)						
	氏名	横浜 花子		横浜市西区港町3-3-3						
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。)		介護支援専門員							
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。)		事業所又は施設の名称 兼務する職種及び勤務時間							
		同一敷地内の他の事業所の職務を兼務する場合に記載してください。								
事業開始時の利用者の予定数				事業計画書の利用見込み数を記載してください。 20 人						
従業者		介護支援専門員								
		専従	兼務							
	常勤(人)		1							
	非常勤(人)			営業日に○をしてください。						
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	祝	備考	12月29日から1月3日まで休み。
			○	○	○	○	○			
	営業時間	9:00~17:00 事業所が開いている時間を記載								
		備考								
	利用料	法定代理受領分 なし								
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額								
その他の費用	別添運営規程のとおり。(定めていない場合は)									
通常の実施地域	① 横浜市 ② 川崎市の一部 ③ ④ ⑤									
	備考 川崎市の一部地域については事業所にお問い合わせください。									



従業員の勤務の体制及び勤務形態

指定予定年月日に応じた曜日を記載してください。

( 25 年 9 月分)

サービス種類

( 訪問介護 ・ 介護予防訪問介護

予防も行う場合は忘れずに記載してください。

事業所名( 大通介護ステーション

指定予定年月日のシフトを作成してください。

職 種	勤務 形態	資 格	氏 名  *	第 1 週							第 3 週							第 4 週							4週の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数								
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21				22	23	24	25	26	27	28	
				日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土				日	月	火	水	木	金	土	
管理者	B	—	平塚 太郎		2	2	2	2	2				2	2	2	2	2				2	2	2	2	2			2	2	2	2	2	40	10	—
サービス提供責任者	B	介護福祉士	平塚 太郎		6	6	6	6	6				6	6	6	6	6				6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	120	30	
	B	介護福祉士	逗子 二郎	8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40		
訪問介護員	D	ヘルパー2級	相模原 順子		4	4	4					4	4	4					4	4	4				4	4	4					48	12		
	D	ヘルパー2級	鎌倉 洋子				4	4	4					4	4	4				4	4	4					4	4	4			48	12		
	D	ヘルパー2級	大磯 花子								4						4					4									4	16	4		
訪問介護と介護予防 訪問介護を一体的に 行う場合、両サービス が“兼務”となり、勤務 形態はB又はDになり ます。	D	ヘルパー2級	藤沢 波子	4		4		4			4		4		4		4		4			4		4		4		4			48	12			
	D	ヘルパー1級	川崎 菊代	2						2	2					2	2					2	2							2	16	4			
	D	介護福祉士	平塚 三郎		8					8						8			8				8			8			8			64	16		
				1人の人が複数職種を兼務する場合は、勤務時間の割り振りが必要です。																															
サービス提供責任者 ＋訪問介護員																																A 520 B 130 C 3.2			

訪問介護と介護予防訪問介護を一体的に行う場合、両サービスの”兼務”となり、勤務形態はB又はDになります。

常勤職員の1週あたりの勤務時間 40時間/週 (D)

\* A(合計月間勤務時間)…サービス提供責任者と訪問介護員の合計月間勤務時間を記入。

注: 管理者がサービス提供責任者を兼務している場合は、それぞれの職種で勤務時間を割り振り、管理者としての勤務時間は除くこと。

\* B(合計週間勤務時間)…A÷4

\* C(常勤換算)…B÷D

備考1 事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。

2 職種ごとに左記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。 勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

3 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

4 サービス提供責任者・訪問介護員の欄が足りないときは、欄を増やして(別の職種の余分な行を削除してその分の行を増やす、2ページにする等)記入してください。

5 資格欄は、資格が必要な職種(サービス提供責任者・訪問介護員)のみ記載してください。

6 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。

○前3月の利用者数(通院等乗降介助のみの利用者は0.1人として計算)

サービス提供責任者の配置基準  
利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1以上(前3月の平均を用いる)

月	月	月	前3月の平均
			0

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

( 26 年 〇月分)

サービス種類 ( 通所介護、介護予防通所介護

事業所番号( 1412345678

指定予定年月日のシフトを作成。

事業所名( 大通デイサービスセンター

1 単位目 定員: 20 名

サービス提供日: 月・火・水・木・金・土・日

サービス提供時間: 7 時間 00 分

算定する加算がある場合は、ありに○を記載してください。

個別機能訓練加算(Ⅰ): あり・なし

若年性認知症利用者受入加算: あり・なし

アクティビティ実施加算: あり・なし

個別機能訓練加算(Ⅱ): あり・なし

運動器機能向上加算: あり・なし

サービス提供体制強化加算: (Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)・なし

口腔機能向上加算: あり・なし

栄養改善加算: あり・なし

予防も行う場合は忘れずに記載してください。

職 種	勤務 形態	資格等	氏 名	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4週の 合計	週平均 の勤務 時間
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
				土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金		
管理者	B		横浜 太郎			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4	80	20
生活相談員	B	介護福祉士	横浜 太郎			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4	80	20
	B	社会福祉主事任用資格	神奈川 太郎			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40
看護職員	D	看護師	横須賀 和子			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2	40	10
	D	看護師	相模原 順子			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2			2	2	2	2	2	40	10
機能訓練指導員	D	看護師	横須賀 和子			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3	60	15
	D	看護師	相模原 順子			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3	60	15
介護職員	B		横浜 花子			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40
	B		相模 さくら			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40
	D		鎌倉 小町			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4	80	20
	D		川崎 菊代			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4	80	20
		通所介護と介護予 防通所介護を一体 的に行う場合、両 サービスの”兼務” となり、勤務形態は BorDになります。																															

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間「就業規則等で定められた1週あたりの勤務時間」 40 時間／週 (D)

備考1 事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。

2 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。

勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

通所介護と介護予防通所介護を一体的に実施している場合、勤務形態はBかDのいずれかになります。  
(通所介護と介護予防通所介護を兼務)

3 職員が兼務する場合(例:管理者と生活相談員、看護職員と機能訓練指導員)には、それぞれの職種で勤務時間を按分し、記入してください。

4 生活相談員・看護職員・介護職員の欄が足りないときは、欄を増やして(別の職種の余分な行を削除してその分の行を増やす、2ページにする等)記入してください。

5 定員が10名以下で看護職員を配置していない場合は、「看護職員」の欄は削除するか斜線を引いてください。

6 資格欄は、資格が必要な職種[看護職員・機能訓練指導員(機能訓練体制加算ありの場合)]のみ記載してください。

7 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。

1人が複数職種を兼務する場合は、どの時間に何の職種に従事するのかを記載した書類を添付してください。

(例)横須賀 和子  
9:00~12:00 機能訓練指導員  
13:00~15:00 看護職員

# 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

指定予定年月日に応じた曜日を記載してください。

21 年 8 月分）  
指定予定年月日のシフトを作成。

サービス種類 （ 訪問看護 介護予防訪問看護 ）  
事業所名（ 大通看護ステーション ）

予防も行う場合は忘れずに記載してください。

職 種	勤務形態	資格	氏 名	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
管理者	B	看護師	横浜 太郎	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20	—
看護職員	B	看護師	横浜 太郎	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20	
	B	看護師	相模原 順子			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8		8	8	8	8	8		160	40	
	B	看護師	横須賀 弘美	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8		160	40	
	D	准看護師	鎌倉 洋子	4	4						4	4						4	4						4	4						32	8	
看護職員の総計																																A 432	B 108	C 2.7
理学療養士・作業療法士																																		
又は言語聴覚士																																		

訪問看護と介護予防訪問看護を一体的に行う場合、両サービスの”兼務”となり、勤務形態はBorDになります。

1人の人が複数職種を兼務する場合は、勤務時間の割り振りが必要です。

常勤職員が勤務すべき1週あたりの勤務時間「就業規則等で定められた1週あたりの勤務時間」 40時間／週（D）

- \* A(合計月間勤務時間)…看護職員の合計月間勤務時間を記入。  
注:管理者が看護職員と兼務している場合は、それぞれの職種で勤務時間を割り振り、管理者としての勤務時間は除くこと。
- \* B(合計週間勤務時間)…A÷4
- \* C(常勤換算)…B÷D(小数点2位以下切捨て)

- 備考1 事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。
- 2 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。
- 勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務
- 3 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 4 理学療養士・作業療法士・言語聴覚士を配置していない場合は、「理学療養士・作業療法士・言語聴覚士」の欄を削除するか、斜線を引いてください。
- 5 看護職員・理学療養士・作業療法士・言語聴覚士の欄が足りないときは、欄を増やして(別の職種の余分な行を削除してその分の行を増やす、2ページにする等)記入してください。
- 6 資格欄に、資格を記載してください[看護師・准看護師等]。
- 7 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。



### 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

指定予定年月日に応じた曜  
日を記載してください。

21 年 8 月分)

サービス種類 ( 居宅介護支援事業 )

事業所名( 大通ケアステーション )

指定予定年月日の  
シフトを作成。

[illegible]

**常勤職員の1週あたりの勤務時間** **40 時間／週**

備考1 事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。

2 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。

勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

3 管理者が介護支援専門員を兼務する場合には、それぞれの職種で勤務時間を按分し、記入してください。

4 介護支援専門員の欄が足りないときは、欄を増やして記入してください。

5 資格欄は、資格が必要な職種(介護支援専門員)のみ記載してください。

6 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。

介護支援専門員事前登録総括表

事業所番号	14					
サービス種類 (いずれか1つに○)	(43) 居宅介護支援 (33) 特定施設入所者生活介護 (32) 認知症対応型共同生活介護		(51) 介護老人福祉施設 (52) 介護老人保健施設 (53) 介護療養型医療施設		サービス種類コード (左欄で○をつけたサービス種類名の前に付いている数字を記入)	43
フリガナ	オオドリケアステーション		フリガナ	カナガワケンヨコハマシコウフクマチ		
事業所名	大通ケアステーション		事業所住所	〒222-2222 神奈川県横浜市南区幸福町7-7-7		
報告者 職・氏名	管理者・横浜 花子		指定予定年月日と一致 させてください。	電話番号	045-000-0002	
介護支援専門員名簿 (平成21年8月1日現在)						
	フリガナ 氏 名	登録番号(8ケタ)	発行者名	就業開始年月日(西暦)	就労形態(いずれかに○)	
1	(フリガナ)ヨコハマ ハナコ 横浜 花子	1 4 0 0 0 0 0 0	(コード: 14 ) 神奈川県知事	西暦 2009年 8月 1日	(01) 常勤専従 (03) 常勤兼務 (02) 非常勤専従 (04) 非常勤兼務	
2	(フリガナ)		(コード: ) 知事	指定予定年月日と一致 させてください。	(01) 常勤専従 (03) 常勤兼務 (02) 非常勤専従 (04) 非常勤兼務	
3	(フリガナ)		(コード: ) 知事	西暦 年 月 日	(01) 常勤専従 (03) 常勤兼務 (02) 非常勤専従 (04) 非常勤兼務	
4	(フリガナ)		(コード: ) 知事	西暦 年 月 日	(01) 常勤専従 (03) 常勤兼務 (02) 非常勤専従 (04) 非常勤兼務	
5	(フリガナ)		(コード: ) 知事	西暦 年 月 日	(01) 常勤専従 (03) 常勤兼務 (02) 非常勤専従 (04) 非常勤兼務	

※1 事業開始予定年月日時点で、介護支援専門員の資格に係る業務に従事している方、全員について記載して下さい。  
【就業開始年月日】欄は、当該事業所で介護支援専門員の資格に係る業務に就業した年月日を記入して下さい。

※2 同一事業所内で開設している複数サービスにおいて、介護支援専門員の資格に係る業務に従事している方は、サービスごと(1サービスにつき1枚)に必要事項を記載して下さい。

注！ 介護支援専門員名簿欄が不足する場合は、この様式をコピーして使用して下さい。  
その際は、右欄にページ数を記入して下さい。

事業所の 管理者 経 歴 書

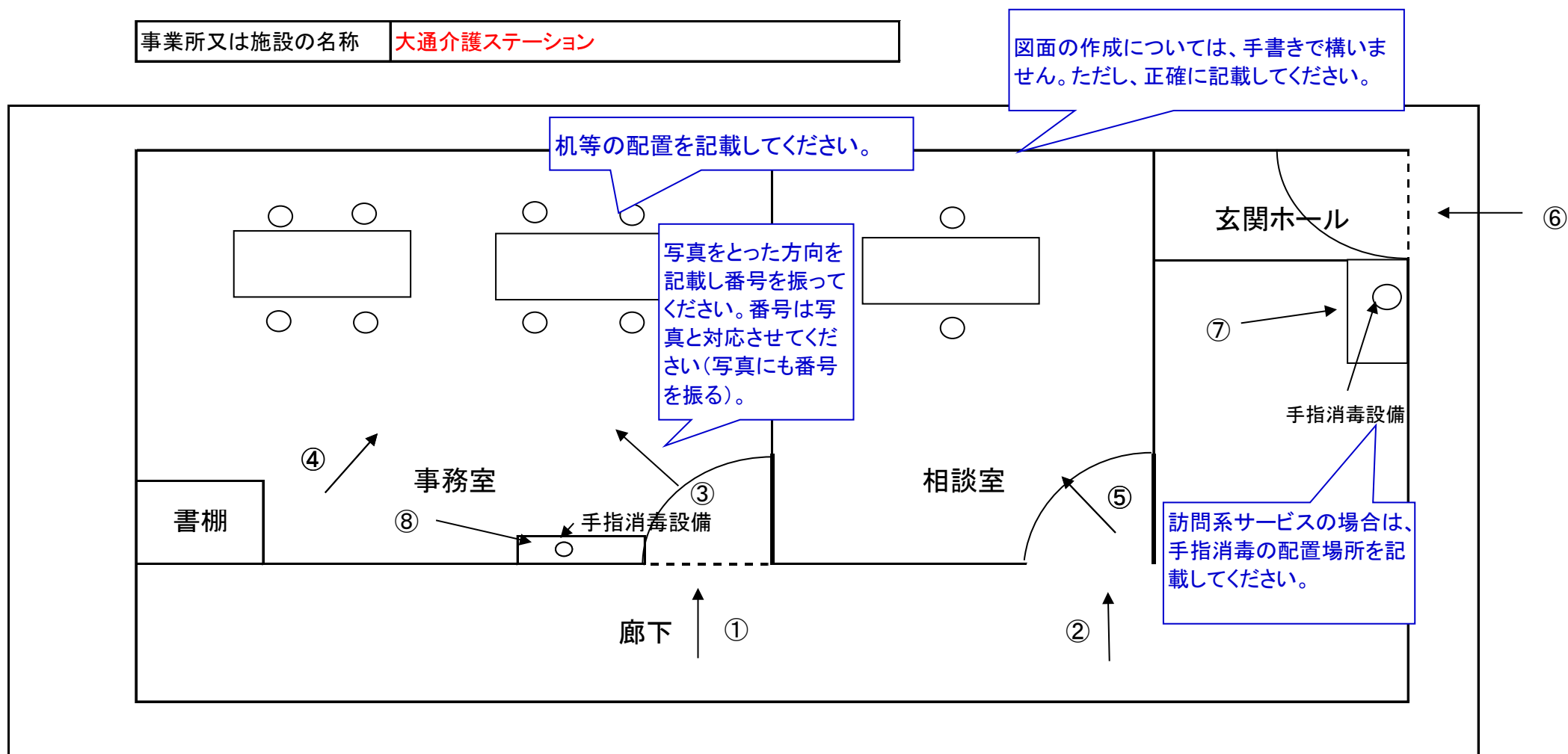
事業所又は施設の名称		大通介護ステーション	
カナ	ヒラツカ タロウ		
氏名	平塚 太郎	生年月日	S30 年 5 月 5 日
住所	(郵便番号 333 - 3333 ) 平塚市〇〇3-3-3		
電話番号	000-000-0004		
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
平成12年4月~平成12年10月	中央福祉サービス協会	経理兼事業企画	
平成12年11月~平成19年3月	株式会社 カナガワヘルプサービス	訪問介護員	
平成19年4月~平成25年8月	株式会社 バイケアホームヘルプサービス	管理者	
		今回、指定を受ける予定の事業について記載してください。	
指 定 ( 変 更 ) 後 に 従 事 す る 職			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
平成25年9月~	大通介護ステーション	管理者兼 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	
介護支援専門員		平成20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3

事業所(施設)の平面図



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

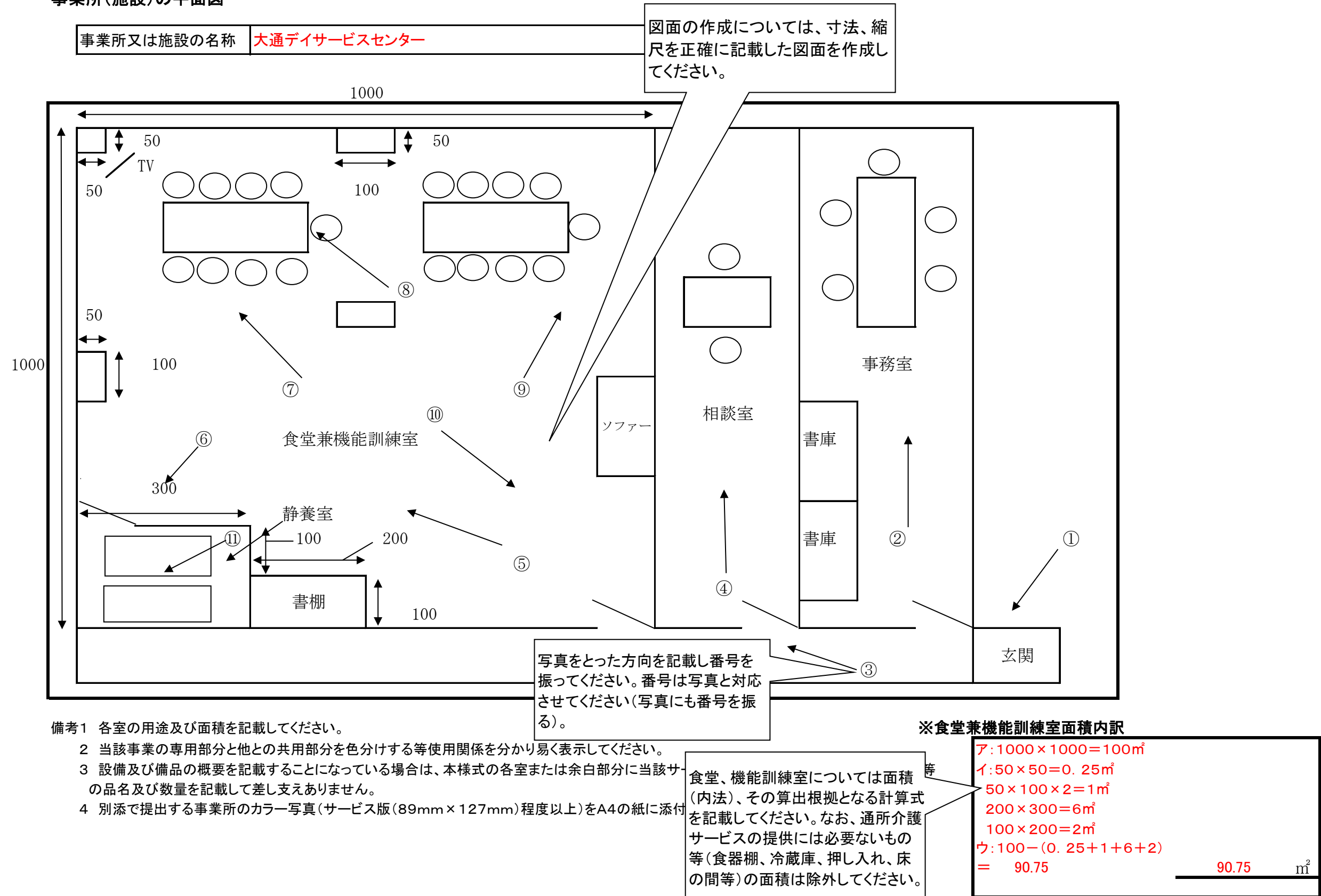
2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

3 設備及び備品の概要を記載することになっている場合は、本様式の各室または余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品等の品名及び数量を記載して差し支えありません。

4 別添で提出する事業所のカラー写真(A4の紙に添付)と対比出来るようにしてください。

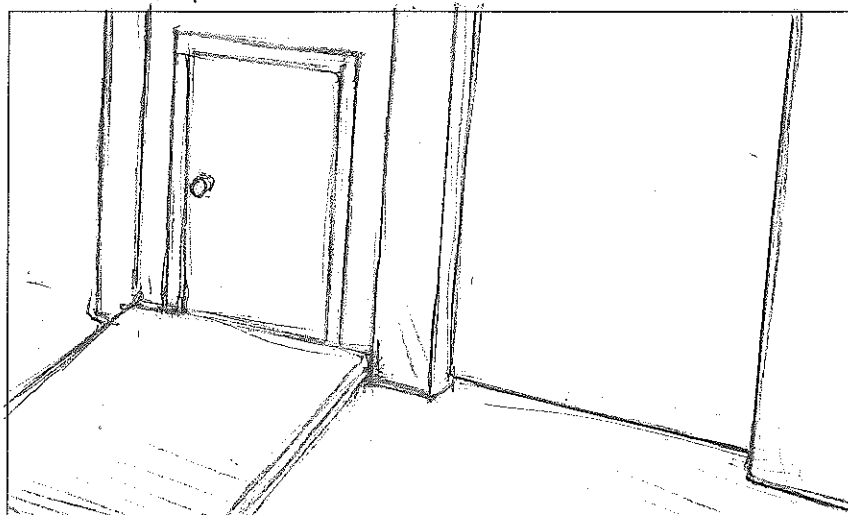
参考様式3(通所介護)

事業所(施設)の平面図

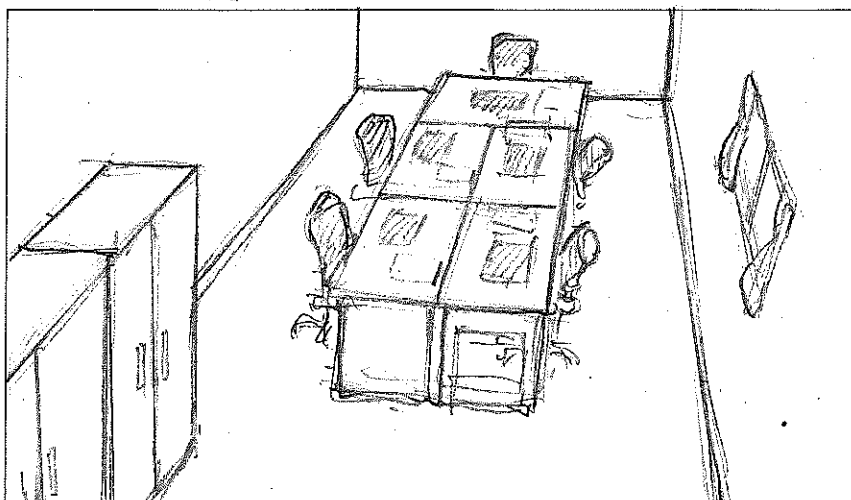




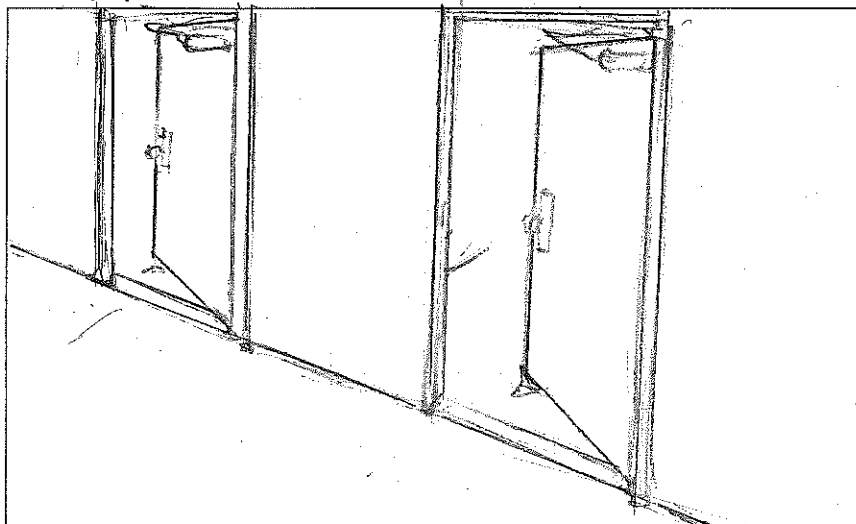
① 玄関



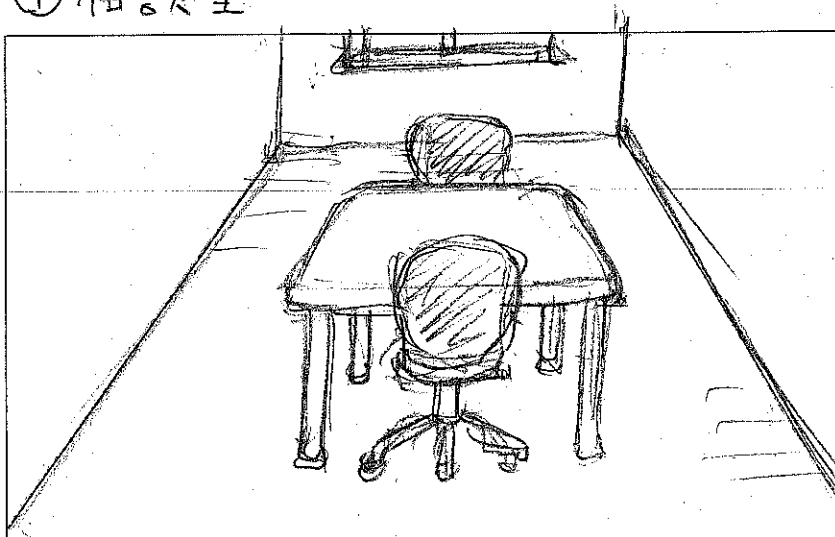
② 事務室



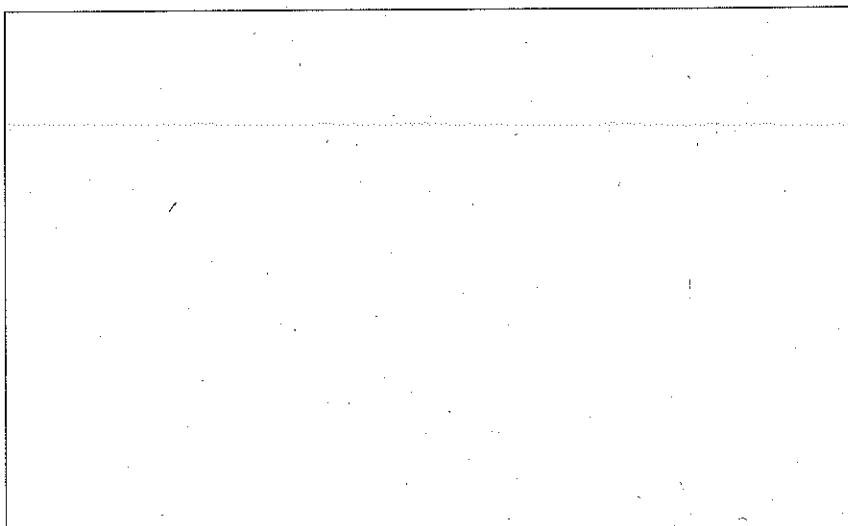
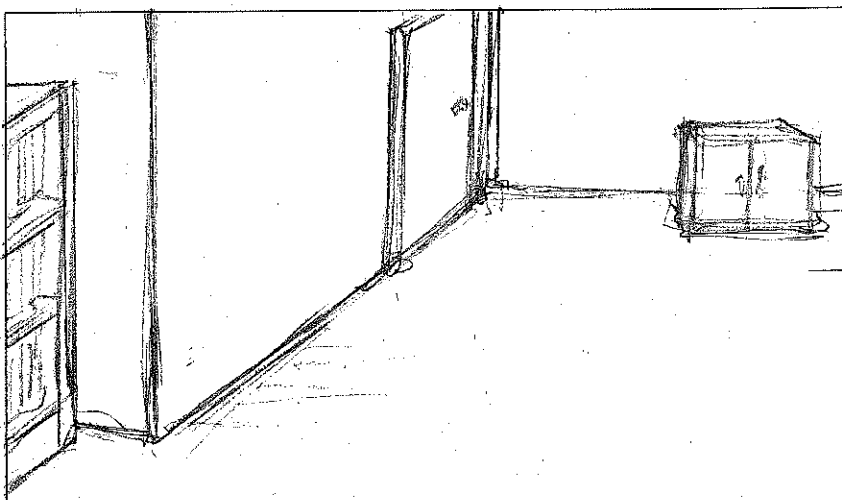
③ 廊下



④ 相談室

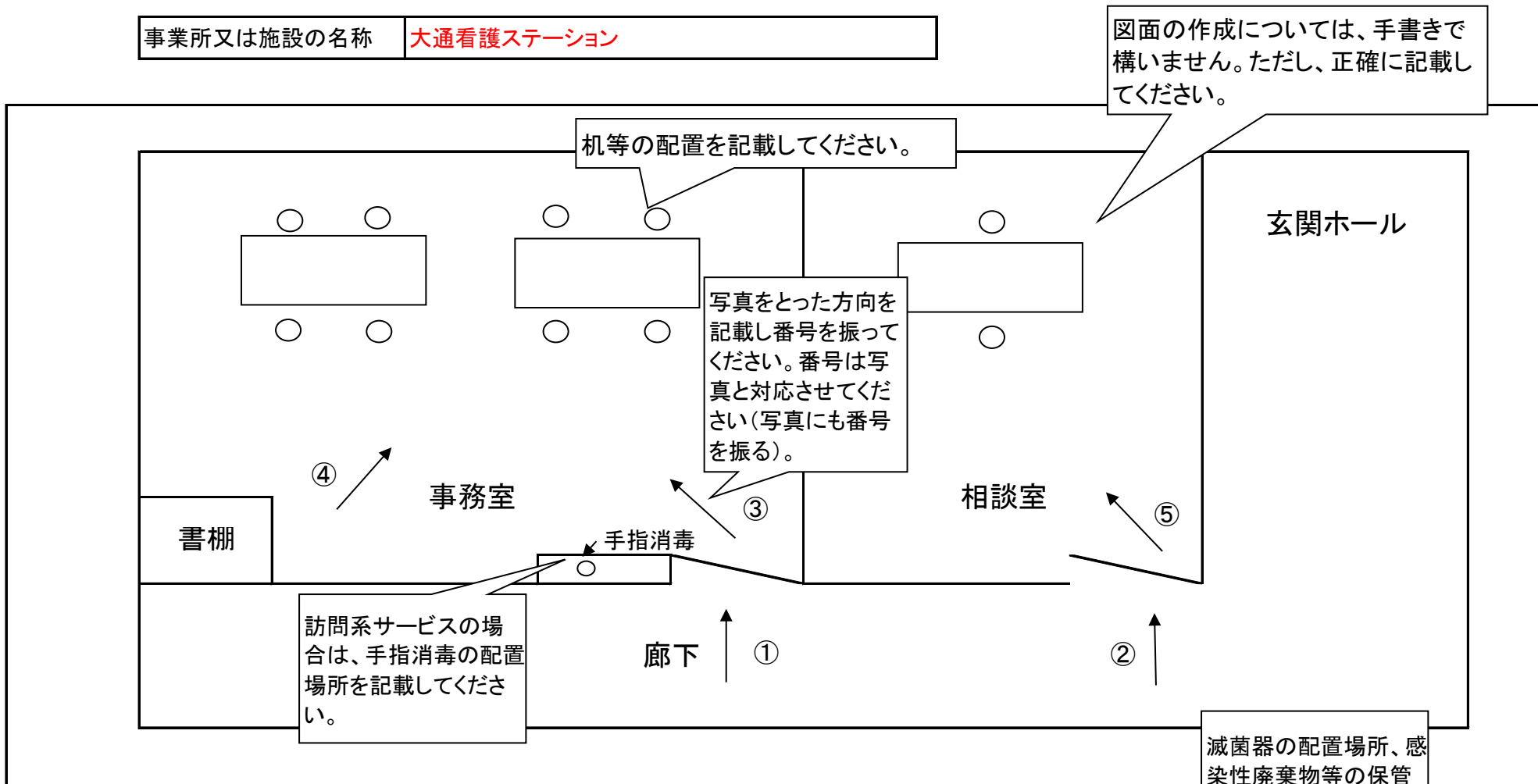


⑤ 食堂兼機能訓練室



参考様式3

事業所(施設)の平面図



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 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。

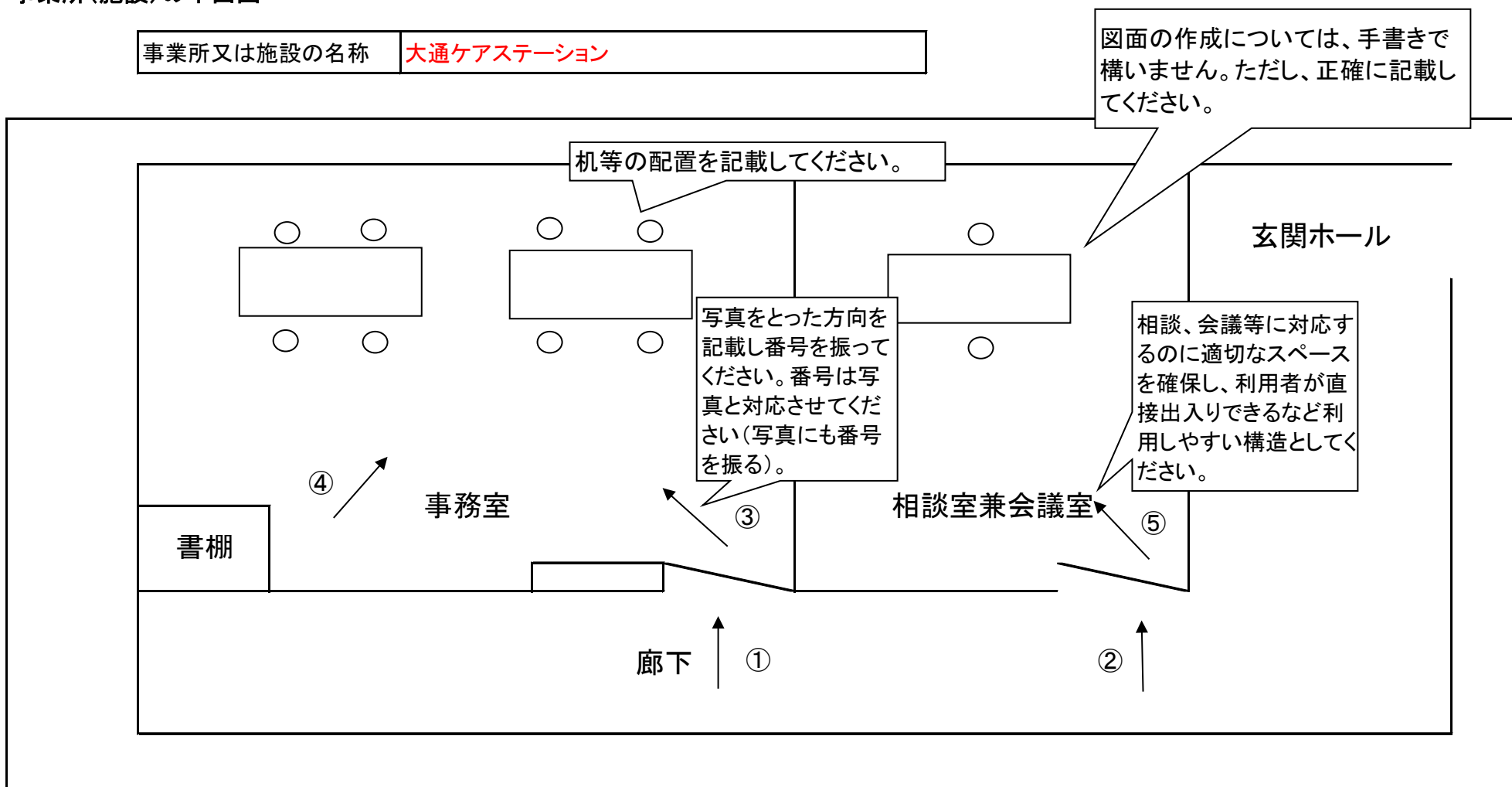
3 設備及び備品の概要を記載することになっている場合は、本様式の各室または余白部分に当該サービスの提供を行うために整備の品名及び数量を記載して差し支えありません。

4 別添で提出する事業所のカラー写真(A4の紙に添付)と対比出来るようにしてください。

※事業所では滅菌処理を行わず、医療材料は使い捨てのものを使用するため滅菌器、感染性廃棄物等の保管場所は不要です。

参考様式3

事業所(施設)の平面図



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 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。

3 設備及び備品の概要を記載することになっている場合は、本様式の各室または余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品の品名及び数量を記載して差し支えありません。

4 別添で提出する事業所のカラー写真(A4の紙に添付)と対比出来るようにしてください。

## 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	大通介護ステーション
申請するサービス種類	訪問介護・介護予防訪問介護

措 置 の 概 要	
1	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> <p>(電話番号) 000-000-0002      (FAX番号) 000-000-0003</p> <p>(担当者) 管理者 平塚 太郎</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; margin-top: 5px;">職名を記入してください。</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; margin-top: 10px;">不在時の対応についても記入してください。</div>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。)</li> <li>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)。</li> <li>記録を台帳に保管し、再発を防ぐために役立てる。</li> </ul>
3	<p>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> <div style="border: 1px solid blue; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>ケアプランに位置づけているサービス事業所についての苦情が利用者からあった場合に、どのように対応するのか記載してください。</p> <p>(居宅介護支援事業所のみ記載)</p> </div>
4	<p>その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> </ul> <div style="border: 1px solid blue; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <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> </div>

備考 苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。



記入不要

記入日 平成25年7月30日

法人名		事業所番号		事業所名	
株式会社 大通り介護				大通介護ステーション	

氏名	カナガワ ジロウ	生年月日	1950年1月1日	郵便番号	〒 111 - 1111
	神奈川 二郎	役職・ 呼称	代表取締役	(フリガナ) 住 所	カナガワケンヨコハマシカナザワクカナザワミナミ 神奈川県横浜市金沢区金沢南1-1-1
氏名	カワサキ シロウ	生年月日	1956年8月8日	郵便番号	〒 666 - 6666
	川崎 四郎	役職・ 呼称	専務取締役	(フリガナ) 住 所	カナガワケンカワサキシカワサキクワサキニュータウン 神奈川県川崎市川崎区川崎ニュータウン3-3-3
氏名		生年月日	年 月 日	郵便番号	〒 -
	当該法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。)を全て記載してください。				
氏名		役職・ 呼称		(フリガナ) 住 所	
氏名		生年月日	年 月 日	郵便番号	〒 -
		役職・ 呼称		(フリガナ) 住 所	
氏名		生年月日	年 月 日	郵便番号	〒 -
		役職・ 呼称		(フリガナ) 住 所	
氏名		生年月日	年 月 日	郵便番号	〒 -
		役職・ 呼称		(フリガナ) 住 所	
氏名		生年月日	年 月 日	郵便番号	〒 -
		役職・ 呼称		(フリガナ) 住 所	

備考 1 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）を全て記載してください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

3 上部の記入日欄については、この様式に記入した日を記載してください。

【指定訪問介護事業所及び指定介護予防訪問介護事業所の運営規程  
(通院等乗降介助を行う場合)の作成例】

〇〇△△ホームヘルプセンター運営規程

事業所名称  
を記載してください。

(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及び指定介護予防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訪問介護員研修の修了者等(以下「訪問介護員等」という。)が、居宅事業にあつては要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を、また予防事業にあつては要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定介護予防訪問介護を提供することを目的とする。

(指定訪問介護事業の運営の方針)  
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。

(指定介護予防訪問介護事業の運営の方針)  
第3条 事業所の訪問介護員等は、要支援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、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、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支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。  
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。

(事業所の名称等)  
第4条 事業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 ●●市△区◇町1-1-1

職員については、必ず、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。

(職員の職種、員数、及び職務内容)  
第5条 事業所に勤務する職種、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。  
2 サービス提供責任者 2名(常勤兼務)  
サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護及び指定予防介護予防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、訪問介護計画及び介護予防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、指定訪問介護及び指定介護予防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

(営業日及び営業時間)  
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 火曜日から日曜日までとする。祝日は営業しない。ただし、12月30日から1月5日までを除く。  
2 営業時間 午前9時から午後5時までとする。  
サービス提供時間は、午前6時から午後10時まで  
3 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

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。

(訪問介護の内容)  
第7条 指定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

(介護予防訪問介護の内容)  
第8条 指定介護予防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

(利用料等)

第9条 指定訪問介護及び指定介護予防訪問介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定訪問介護及び指定介護予防訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、その1割の額とする。詳細は別添の料金表のとおり。

2 第11条の通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問介護及び指定介護予防訪問介護に要した交通費は、通常の事業の実施地域を越えてからの実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

1 通常の実施地域を越えた地点から片道1kmごとに〇〇円

2 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。

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。

(緊急時等における対応方法)

第10条 訪問介護員等は、訪問介護及び介護予防訪問介護を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。

(通常の事業の実施地域)

第11条 通常の事業の実施地域は、横浜市泉区、藤沢市の一部地域（高倉、長後）とする。

実施地域は客観的に場所が特定できるようにすること。〇〇市南部や事業所から〇〇Km以内などは不適切です。

(その他運営についての留意事項)

第12条 事業所は、介護福祉士等の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。

1 採用時研修 採用後〇か月以内

2 継続研修 年〇回

2 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

4 この規程に定める事項の外、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。

運営に関する重要事項については必ず記載してください。

附 則

この規程は、平成〇年〇月〇日から施行する。

※ その他運営に関する重要事項として記載すべき項目

○衛生管理

○苦情処理の体制・相談窓口

○事故発生時の対応

大通ケアステーション  
指定居宅介護支援事業所 運営規程

(事業の目的)

第1条

株式会社 大通り介護が開設する 大通ケアステーション(以下「事業所」という)が行う指定居宅介護支援の事業(以下「事業」という)の適切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、事業所の介護支援専門員が要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条

当事業所は、利用者様の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その利用者様が可能な限りその居宅において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利用者様の立場にたった援助を行うものとする。

- 2 事業の実施にあたっては、利用者様の意思及び人格を尊重し、利用者様の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう中立公正な立場でサービスを調整する。
- 3 事業にあたっては、関係市区町村、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。

(事業所の名称等)

第3条

事業を行う事業所の名称及び所在地は、次の通りとする。

- 1 名称 大通ケアステーション
- 2 所在地 神奈川県横浜市南区幸福町7-7-7

(職員の職種、員数及び職務内容)

第4条

事業所に勤務する職種、員数、及び職務内容は次の通りとする。

- 1 管理者 介護支援専門員 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自らも指定居宅介護支援にあたるものとする。

- 2 介護支援専門員 1名 (常勤兼務)

介護支援専門員は、下記の指定居宅介護支援の提供にあたる。

介護支援専門員とその他の職員に区分し、員数及び職務内容を記載してください。

- ①在宅で生活をしている要介護者が、日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービスを適切に利用できるよう、要介護者からの依頼を受けて、利用する指定居宅サービス等の種類や内容等を定めた計画(居宅サービス計画)を作成する。
- ②介護サービス計画に基づき指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者やその他の者との連絡調整等の便宜の提供を行う。
- ③要介護者が介護保険施設への入所を要する場合には、介護保険施設の紹介その他の便宜の提供を行う。

(営業日及び営業時間)

第5条

事業所の営業日及び営業時間は、次の通りとする。

- 1 営業日 月曜日から金曜日までとする。  
ただし土曜日・日曜日・祝祭日、12月29日から1月3日は営業しない。
- 2 営業時間 午前9:00から午後5:00までとする。

(指定居宅介護支援事業の提供方法、内容及び利用料等)

第6条

利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を記載してください。

指定居宅介護支援の提供方法及び内容は次のとおりとし指定居宅介護支援を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとする。ただし、当該指定居宅介護支援が法定代理受領サービスであるときは、利用者負担はない。

- 2 介護支援専門員は、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して支援する上で解決しなければならない課題の把握及び分析を行い、その課題に基づき居宅サービス計画原案を作成する。  
利用者様による居宅サービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービス内容、利用料等の情報を適正に利用者様又はその家族に対し提供し、居宅サービス計画及びサービス事業者に関し利用者様の同意を得た上で、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供をする。  
居宅サービス計画を作成すると共に、当該居宅サービス計画を利用者様及びサービス事業者に交付する。  
適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者様が介護保険施設への入所等を希望した場合は、介護保険施設



設への紹介その他便宜を提供する。

課題の分析について使用する課題分析の方法はMDS－HC方式等を用いる。

- 3 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後においても、利用者様及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い、少なくとも1月に1回利用者の居宅を訪問し、居宅サービス計画の実施状況を把握(以下「モニタリング」)する。モニタリングの結果についてはその都度記録する。
- 4 介護支援専門員は、必要に応じサービス担当者会議を当該事業所等で開催し、担当者から意見を求めるものとする。
- 5 介護支援専門員は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者様の自宅又は事業所の相談室において、利用者様又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいよう説明を行うとともに、相談に応じることとする。
- 6 次条の通常の事業の実施地域を越えて行う指定居宅介護支援に要した交通費は、徴収しない。

(通常の事業の実施地域)

第7条 通常の事業の実施地域は、横浜市、川崎市川崎区、川崎市幸区とする。

(相談・苦情対応)

第8条 当事業所は、利用者様からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、自ら提供した居宅介護支援又は居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等に関する利用者様の要望、苦情等に対し、迅速に対応する。

(事故発生時の対応)

第9条 当事業所は、利用者様に事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者様の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。

- 2 当事業所は、前項の事故及び事故に際してとった処置について記録する。
- 3 当事業所は、利用者様に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

(その他運営に関する重要事項)

第10条 当事業所は、介護支援専門員の資質の向上を図るため、研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。

- ① 採用時研修 採用後1ヶ月以内
- ② 継続研修 年 4 回

- 2 従業者は業務上知り得た利用者様又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者様又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とする。
- 4 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、平成26年〇月1日から施行する。



事業所名称  
を記載してください。

## 〇〇△△ホームヘルプセンター訪問介護料金表

平成26年〇月1日現在

## 1 訪問介護の介護報酬に係る費用（利用者負担1割分）

項目		サービス 1 回当たりの料金				
		身体介護		生活援助		通院等乗降介助
		所要時間及び内容	単位数 (利用者負担)	所要時間及び内容	単位数 (利用者負担)	単位数 (利用者負担)
①基本額  下段( )内は、利用者 1 割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。		20分未満	171 単位 (△△△円)		—	101 単位 (△△△円)
		20分以上 30分未満	255 単位 (△△△円)	20分以上 45分未満	191 単位 (△△△円)	
		30分以上 1時間未満	404 単位 (△△△円)			
		1時間以上	587 単位 (△△△円)	45分以上	236 単位 (△△△円)	
		以降30分を増す毎に	83 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)			利用者負担額 (1割)は、下記 *の算出方法により算出してください。  通院 助を に記 さい
	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		100 単位/月 (△△△円)			
	介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)		介護報酬総単位数(基本サービス費＋各種加算減算)×サービス別加算率(4.0%)<1 単位未満の端数四捨五入>×1 単位の単価			

## \* 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×〇〇.〇〇円=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)

※〇〇.〇〇円は、〇〇市(〇級地)の地域単価

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。

## 2 介護予防訪問介護の介護報酬に係る費用（利用者負担1割分）

項目		一月当たりの利用料金	
①基本額	介護予防訪問介護費(Ⅰ)	1週に1回程度	1226 単位 (△△△円)
	介護予防訪問介護費(Ⅱ)	1週に2回程度	2452 単位 (△△△円)
	介護予防訪問介護費(Ⅲ)	上記(Ⅱ)の回数の程度を超える以上の回数	3889 単位 (△△△円)
②加算	初回加算	サービス提供責任者が初回に訪問した場合	200 単位/月 (△△△円)
	生活機能向上連携加算		100 単位/月 (△△△円)
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス別加算率(4.0%)<1単位未満の端数四捨五入>×1単位の単価

## \* 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×〇〇.〇〇円=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)

※〇〇.〇〇円は、〇〇市(〇級地)の地域単価

算定する  
加算のみ  
記載して  
ください。

### 3 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	通常の実施地域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。  1 通常の事業の実施地域を越えた地点から、 片道 1 km ごとに ○○円
通所介護	おやつ代	実費	1 日 ○○円
	その他 日常生活費	実費	1 利用者の希望による教養娯楽費用 実費 (行事やクラブ活動による材料費等) 2 利用者の希望により購入する身の回りの品 実費 (タオル、おむつ等個人の日用品等)
訪問看護	死後の処置料	10,000円	
福祉用具貸与	月途中で サービス利用 開始・終了 した場合	レンタル料は、1ヶ月単位で計算し、日割り計算はしないものとする。 1 レンタル開始日が開始月の15日以前…月額レンタル料全額 2 レンタル開始日が開始月の16日以降…月額レンタル料の1/2相当額 3 レンタル終了日が終了月の15日以前…月額レンタル料の1/2相当額 4 レンタル終了日が終了月の16日以降…月額レンタル料全額	

### 4 通常のサービス提供を超える費用（利用者負担10割）

項目		金額	説明
介護保険外サービス		介護報酬告示上の額 と同額	区分限度額を超えてサービスを利用したい場合など、介護保険枠外のサービス料金です。 (介護予防訪問介護のケアプラン上のサービスについては月額一律料金です。)

## 大通りデイサービスセンター1日の流れ(例)

8 : 3 0 ~	送迎開始
9 : 1 5 ~	利用者到着
9 : 3 0 ~	<u>サービス提供開始</u> 朝の挨拶 バイタルチェック (血圧、体温測定)
1 0 : 0 0 ~	入浴 機能訓練 (具体的な内容を記載してください)
1 2 : 0 0 ~	昼食
1 3 : 0 0 ~	レクレーション (具体的な内容を記載してください) 個別機能訓練、口腔機能向上サービス
1 5 : 0 0 ~	ティータイム
1 5 : 4 5 ~	<u>サービス提供終了 帰りの挨拶</u> 帰り支度
1 5 : 5 0 ~	送迎開始 利用者出発

## 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	大通ケアステーション
申請するサービス種類	居宅介護支援

## 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、担当者に必ず引き継いでいる。

(電話番号) 045-000-0005      (FAX番号) 045-000-0006

(担当者) 管理者 横浜 花子

## 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、担当者からも事情を確認する。
- ・ 管理者が必用があると判断した場合は、担当者と検討会議を行う。  
(検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで処理結果を報告する)
- ・ 検討の結果、必ず翌日までには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(パソコンのデータベース)に保管し、再発を防ぐために役立てる。

## 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)

- ・ 苦情があった場合は、事業者の管理者に連絡を取り、直接行くなどして苦情内容の事実確認・詳しい情報の把握を迅速に行い、記録し共同で対応を行う。
- ・ 利用者の立場を考慮しながら事業者側の責任者に事実関係の特定を慎重に行う。
- ・ 苦情内容については、サービス担当者会議等での報告を行い再発防止に役立てるため対応方針を協議し、記録する。
- ・ 苦情内容について改善されない場合は、利用者の意向を踏まえ他の事業所等の紹介を行う。

ケアプランに位置づけているサービス事業所についての苦情が利用者からあった場合に、どのように対応するのか記載してください。

## 4 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。
- ・ 毎日の申送り事項の中で確認、又全体会議・社内研修等を実施している。

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 苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容

事業所又は施設名	大通ケアステーション
申請するサービス種類	居宅介護支援

措 置 の 概 要	
1 関係市町村との連携の内容	
(1) サービス提供前の受給資格の確認について	具体的に記載してください。
指定居宅介護支援の提供を求められた場合、利用申込者の提示する介護保険被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定等の有効期間を確認する。要介護認定を受けていない利用申込者については、当該利用申込者の意志を踏まえて、速やかに当該申請が行えるよう必要な援助を行う。	
(2) 居宅サービス計画の作成について	
居宅サービス計画の作成、または変更にあたっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、関係市町村とは常に連携を取り、計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるように努める。	
(3) 利用者に関する通知	
指定居宅介護支援を受けている利用者が、偽りその他の不正行為によって保険給付を受けたり、正当な理由無しにサービスの利用に関する指示に従わないこと等により、要介護状態の程度を増進させた認められるときには、市町村に通知する。	
(4) 事故発生時の対応	
指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに市、利用者の家族関係者に連絡し、必要な措置を講ずる。 また、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行う。	
2 他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携内容について	
(1) サービス提供困難時の対応について	具体的に記載してください。
当該事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な支援を行う。	
(2) 指定居宅サービス事業者との連携について	
サービス計画作成後における利用者の状況の変化に迅速に対応した居宅サービス計画の変更ができるように定期的な担当者会議を中心に各事業者との連絡を密に行う。利用者の主治医から指示がある場合は、主治医の意見を取り入れたサービス提供を行う。	
(3) 介護保険施設との連携について	
在宅での生活が困難になったときの施設の紹介や、施設・病院へ入院・入所する利用者のスムーズな移行及び、施設・病院から退所・退院する利用者の居宅への移行がスムーズに行われるよう連絡調整を行う。	
(4) 事故発生時の対応	
事故が発生したとき、または指定居宅サービス事業者から事故報告を受けた場合、会議等により状況の把握に努める。	