

3 要介護・要支援認定

要介護（要支援）認定を受けるとき

手続 要介護（要支援）認定の申請

要介護（要支援）認定を受けようとする被保険者は、厚生労働省令で定める事項を記載した申請書に介護保険被保険者証を添付して市町村に申請しなければなりません。

申請手続	
申請時期	随時
申請人	被保険者（指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設もしくは介護保険施設または地域包括支援センターによる代行可）
申請先	市町村
申請書類	要介護認定・要支援認定申請書 （市町村により異なりますので窓口にて確認してください。）
添付書類	〔第1号被保険者の場合〕 介護保険被保険者証 〔第2号被保険者の場合〕 介護保険被保険者証（すでに交付を受けている場合のみ）および医療保険被保険者証 （市町村により異なりますので窓口にて確認してください。）
提出通数	原則1通 （市町村により異なりますので窓口にて確認してください。）
根拠法令等	介護保険法27条1項、32条1項 介護保険法施行規則35条1項・2項、49条1項・2項 平21・9・30老発0930第5号

罰 則 な し

申請を要する場合

- 要介護認定・要支援認定が必要と考えられる場合は、次のとおりです。
- ① 要介護あるいは要支援の状態にある65歳以上の者
 - ② 要介護あるいは要支援の状態にある40歳以上65歳未満の者で、その原因が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定める16種類の特定期病に該当するもの

MEMO

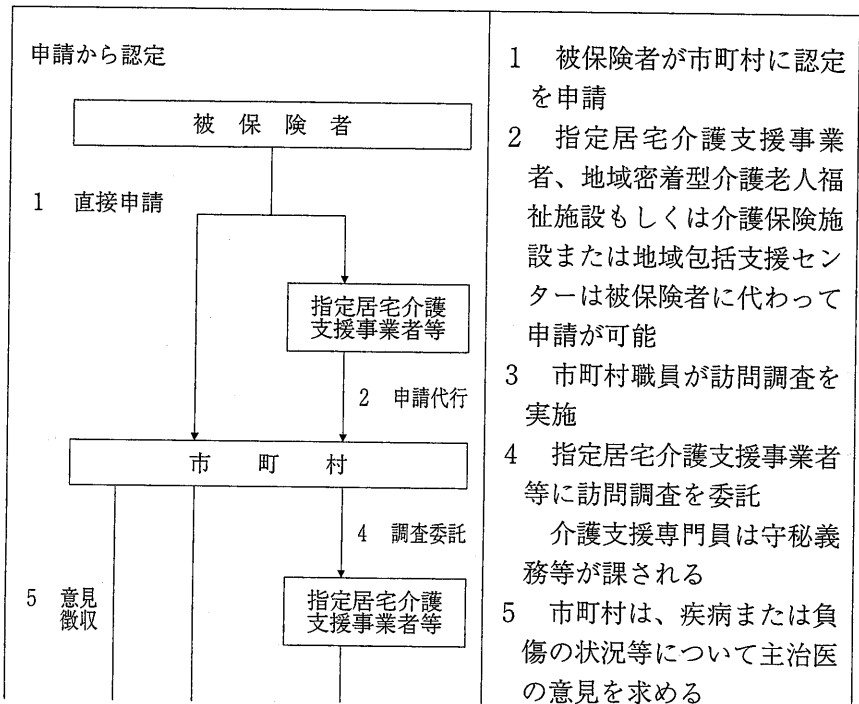
◆要介護認定・要支援認定手續の流れ

認定手續全体の流れは、次のとおりです。

被保険者による市町村への要介護あるいは要支援認定申請→市町村による調査および主治医の意見→介護認定審査会による審査判定→市町村による決定および通知

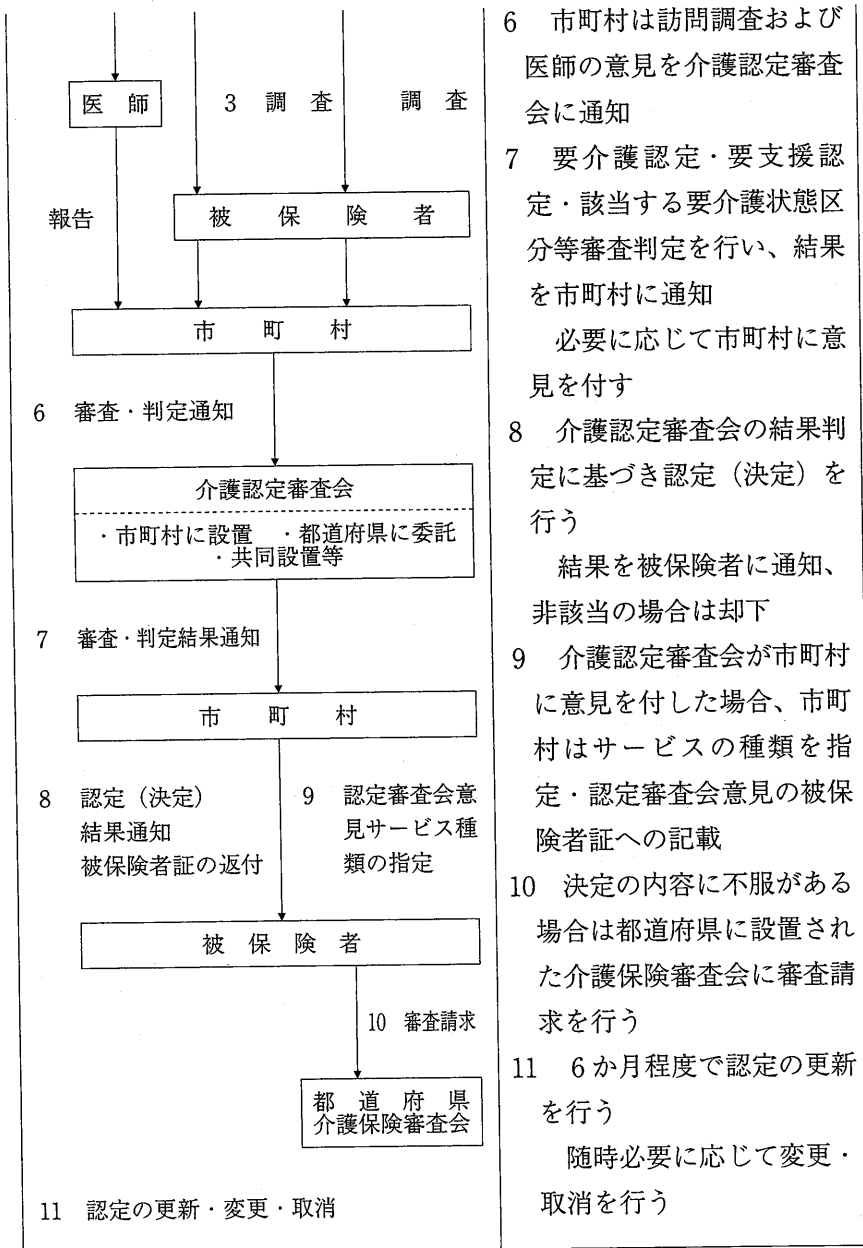
なお、要介護認定・要支援認定に関わる事務の流れは次表のとおりです。

要介護認定・要支援認定に関わる事務 (平成9・6・25 高齢者介護対策本部事務局)



高齢介護手續三六

一一七



- 6 市町村は訪問調査および医師の意見を介護認定審査会に通知
- 7 要介護認定・要支援認定・該当する要介護状態区分等審査判定を行い、結果を市町村に通知
必要に応じて市町村に意見を付す
- 8 介護認定審査会の結果判定に基づき認定（決定）を行う
結果を被保険者に通知、非該当の場合は却下
- 9 介護認定審査会が市町村に意見を付した場合、市町村はサービスの種類を指定・認定審査会意見の被保険者証への記載
- 10 決定の内容に不服がある場合は都道府県に設置された介護保険審査会に審査請求を行う
- 11 6か月程度で認定の更新を行う
随時必要に応じて変更・取消を行う

高齢介護手續三六

◆新規認定の場合

介護サービスが必要な場合や、日常生活に支援が必要な場合には、いつでも要介護認定・要支援認定の申請をすることができます。

認定申請をすると介護保険被保険者証に代えて暫定の資格者証が発行

二二八

されます。認定の効力は申請の日まで遡って有効となりますので、被保険者は資格者証で各種介護サービスを受けることができます。

この場合の有効期間は、6か月を基本として、3か月から12か月以内で状態に応じて介護認定審査会が定める期間となります。

◆住所移転の場合の認定の特例

他の市町村において要介護認定または要支援認定を受けている者が転入により被保険者となった場合、14日以内に、当該他の市町村から交付された介護保険受給資格証明書を添えて認定申請すれば、改めて調査や介護認定審査会の審査・判定といった手續を経ることなく、転入前の認定を受けた結果に基づき、認定が受けられます（介護保険36）。

詳しくは後掲「要介護認定を受けている者が他の市町村に住所を変更したとき」の項目を参照してください。

◆政令で定める16種類の特定疾病（介護保険7Ⅲ②、介護保険令2）

- ① がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靱帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

◆末期がん等の方への要介護認定の実施について

末期がん等の方など、迅速な対応が必要とされる方からの申請については、速やかに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行うことで、迅速な認定が受けられ、暫定ケアプランの作成、介護サービスの提供を受けることができます。

また、心身の状況が急激に悪化するなど、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合がありますので、区分変更申請についても、速やかに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行うことで、迅速な認定と介護サービスを受けることができます。

なお、主治医意見書の診断名の欄に、告知の問題について留意のうえ、末期がんと診断されている場合には、診断名を明示いただくことになります。

●要介護認定・要支援認定申請書

介護保険（~~要介護更新認定~~ ~~要支援更新認定~~ ^{要介護認定・要支援認定}）申請書

〇〇市（町村）長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
	フリガナ	コウダ ゴヘイ		生年月日	明・大・ <u>昭</u> 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	甲田 五平		性別	<u>男</u> ・ 女
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1-2-3 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	前回の要介護認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日			
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
		介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
		医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	

提出 代 行 者	名称	該当に〇(地域包括支援センター <u>居宅介護支援事業者</u>) 指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設 しあわせ園 印			
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 △△市△△町3-2-1 電話番号△△△-△△△-△△△△			

主 治 医	主治医の氏名	野田 一郎	医療機関名	野田医院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町4-5-8 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 甲田 五平

高齢介護手続五五

二二〇ノ一

●要介護認定・要支援認定申請書（第2号被保険者）

介護保険（~~要介護更新認定~~ ~~要支援更新認定~~ ^{要介護認定・要支援認定}）申請書

〇〇市（町村）長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
	フリガナ	コウダ ロクヘイ		生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	甲田 六平		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1-2-3 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2			
	<small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	有効期限 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日			
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日		
有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日			
提出代行者	名称	該当に〇(地域包括支援センター) <input checked="" type="radio"/> (居宅介護支援事業者) 指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設 しあわせ園 印			
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 △△市△△町3-2-1 電話番号△△△-△△△-△△△△			

高齢介護手続五五

主治医	主治医の氏名	野田 一郎	医療機関名	野田医院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町4-5-8 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	〇〇健康保険組合	医療保険被保険者証記号番号	〇〇-1234
特定疾病名	〇〇がん		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 甲田 六平

二二〇ノ二

◆記入のポイント◆

- ① 申請書のタイトル中の「要介護認定」あるいは「要支援認定」以外の文字を二重線で抹消します。
- ② 過去6月間に介護保険施設、医療機関等への入所、入院があるときは、名称等、所在地、期間を記載します。
- ③ 地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者または介護保険施設が本人に代わって手続を行う場合には、提出代行者と表示し、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者または指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設もしくは指定介護療養型医療施設の名称を冠して記名押印しなければなりません。
- ④ 主治の医師があるときは、主治医の氏名ならびに医療機関名（病院または診療所の名称）および所在地を記載します。
- ⑤ 被保険者が第2号被保険者であるときは、要介護状態の原因となった特定疾病の名称および医療保険者名、医療保険被保険者証記号番号を記載します。

1 事業者の指定

(1) 居宅サービス事業

指定居宅サービス事業者の指定を受けるとき（訪問介護）

手 続 指定訪問介護事業者の指定申請

指定居宅サービス事業者（訪問介護）の指定を受けようとする事業者は、訪問介護事業を行う事業所ごとに、都道府県知事（指定都市長・中核市長）に申請します。

申 請 手 続	
申請時期	随 時
申請人	居宅サービス事業者
申請先	都道府県知事（指定都市長・中核市長）
申請書類	指定居宅サービス事業所指定申請書 ・訪問介護事業所の指定に係る記載事項（付表1-1） ・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の記載事項（付表1-2） （申請先により異なりますので窓口にて確認してください。）
添付書類	1 申請者の定款、寄附行為等およびその登記事項証明書または条例等 2 従業者の勤務の体制および勤務形態一覧表 3 事業所の管理者の経歴 4 サービス提供責任者の経歴 5 事業所の平面図 6 運営規程 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

	8 当該申請に係る資産の状況 (申請先により異なりますので窓口にて確認してください。)
提出通数	申請先により異なりますので窓口にて確認してください。
根拠法令等	介護保険法70条1項 介護保険法施行規則114条 平11・7・16事務連絡2条・1号様式・付表1-1・1-2・参考 様式1・2・3・6

罰則

なし

申請を
要する
場合

訪問介護に係る指定居宅サービス事業者の指定を受けようとする場合に申請します(介護保険70I)。

MEMO

◆指定の基準

居宅サービス事業者の指定を受ける場合の基準は、都道府県、指定都市、中核市の条例で定めることとされており、条例で定めるに当たっては、厚生労働省令で定める基準に従い定めるもの(従うべき基準)、厚生労働省令で定める基準を標準として定めるもの(標準とすべき基準)、厚生労働省令で定める基準を参酌するもの(参酌すべき基準)があります(介護保険74III)。

訪問介護サービスについて厚生労働省令で定める基準は、おおむね次のとおりです。

1 人員基準のポイント(介護保険令3I、居宅サービス事業運営基準5・6)

- ① 管理者(1人 兼務可)。
- ② 訪問介護員(常勤換算2.5人以上)

※ 次のいずれかを満たす者であることが必要です。

- a 介護福祉士
- b 訪問介護に関する1～3級課程またはこれに相当する研修を終了した者

- ③ サービス提供責任者（利用者40人またはその端数を増すごとに常勤1人以上。ただし、利用者の数に応じ常勤換算可 訪問介護員から選任）

※ 次のいずれかを満たす者から選任することが必要です。

- a 介護福祉士
- b 介護職員基礎研修を修了した者
- c 訪問介護に関する1級課程またはこれに相当する研修を終了した者
- d 訪問介護に関する2級課程またはこれに相当する研修を終了した者であって、実務経験が3年以上の者

なお、③にかかわらず、常勤のサービス提供責任者を3人以上配置し、かつ、サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置している指定訪問介護事業所において、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場合については、当該指定訪問介護事業所に置くべきサービス提供責任者の員数は、利用者の数が50またはその端数を増すごとに1人以上とすることができます。

2 設備基準のポイント（居宅サービス事業運営基準7）

- ① 事務室（兼用可。他の事務を行う場所とは区分すること）

なお、利用申込の受付、相談等に対応するためのスペースを確保する。

※ 相談室（スペース）は相談者のプライバシーが守れる環境を確保することが必要です。

- ② 訪問介護の提供に必要な設備および備品（感染症予防に必要な手指を洗浄する設備を含みます。）

3 運営基準のポイント（居宅サービス事業運営基準8～12・14・17・20・24～39）

- ① 管理者は事業所を一元的に管理し、従業者に基準を遵守させること

- ② 運営や利用料等の重要事項を文書または電子ファイル（利用者等の申出があった場合）で説明し、同意を得ること

- ③ 原則として、利用申込に対して応じなければならないこと

- ④ サービス提供困難時には、他事業者の紹介等必要な措置をとること

- ⑤ 受給資格等を確認し、認定審査会意見に配慮すること

- ⑥ 要介護認定申請（更新）を援助すること
- ⑦ 居宅介護支援事業者等のサービス提供者との密接な連携に努めること
- ⑧ 居宅サービス計画の作成や変更の援助をすること
- ⑨ 法定代理受領サービスとなる場合とそれ以外の場合で、利用料に不合理な差を設けないこと
- ⑩ 利用者の選定により提供する特定のサービス費（通常の事業実施地域を超えて行う事業に要する交通費）について、利用者から徴収できること
- ⑪ 居宅サービス計画や利用者の心身の状況や希望を踏まえて訪問介護計画を作成すること、作成した計画は、利用者・家族に説明し、同意を得た上、交付すること、作成後も必要に応じて、計画を見直すこと
- ⑫ 同居の家族をサービス提供の対象としないこと
- ⑬ 特定の援助に限らずサービスを総合的に提供すること
- ⑭ 不正または故意に要介護状態を生じさせた等と認められた者について、市町村に通知すること
- ⑮ 利用者に緊急事態が生じた場合、主治医への連絡等の措置を講じること
- ⑯ 事業内容や利用料等の重要事項を運営規程に定めること
- ⑰ 事業の適切な実施に必要な勤務体制、研修の機会等を確保すること
- ⑱ 衛生管理等に努めること
- ⑲ 運営規程の概要、勤務体制等の重要事項を事業所に掲示すること
- ⑳ 従業者や従業者であった者は、利用者や家族の秘密を保持し、同意なく提供しないこと
- ㉑ 虚偽または誇大な広告を行わないこと
- ㉒ 居宅介護支援事業者に利益供与を行わないこと
- ㉓ 苦情処理体制を整えて、苦情に迅速かつ適切に対応すること
- ㉔ 国保連合会から指導・助言を受けたときは、必要な改善を行い求めに応じて改善内容を報告すること
- ㉕ 市町村が実施する事業に協力するよう努めること
- ㉖ 事故発生時には、家族等への連絡、損害賠償等の措置を速やかに

講ずること

- ㉗ 事業所ごとに経理を区分し、他事業と会計を区分すること
- ㉘ サービス提供、従業者、設備、会計等に関する記録を整備し、また、訪問介護計画提供したサービスの内容、市町村への通知の内容、苦情の内容、事故処置について記録し2年間保存すること

◆都道府県知事等が指定をしない場合

申請者が次に該当する場合は、都道府県知事等の指定が受けられませんが（介護保険70Ⅲ）。

- ① 都道府県の条例で定める者でないとき
- ② 事業所が人員基準を満たしていないとき
- ③ 設備・運営基準に従って適正な事業の運営をすることができないと認められるとき
- ④ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けることがなくなるまでの者であるとき
- ⑤ 介護保険法その他国民の保健医療・福祉に関する法律または労働に関する法律により罰金刑に処せられ、その執行が終わるか執行を受けることがなくなるまでの者であるとき
- ⑥ 保険料等について、当該申請をした日の前日までに、滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく3か月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者であるとき
- ⑦ 指定取消しの日から5年を経過しない者であるとき
- ⑧ 申請者と密接な関係を有する者が、指定取消しの日から5年を経過していないとき
- ⑨ 指定取消しの通知があった日から処分決定までに事業の廃止または指定の辞退をした者で、当該届出または指定の辞退の日から5年を経過しない者であるとき
- ⑩ 指定の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正または著しく不当な行為をした者であるとき
- ⑪ 役員等のうち、次のいずれかに該当する者があるとき（法人でない事業所の場合、事業所の管理者であった者を含みます。）
 - ア ④～⑦および⑨、⑩に該当する者
 - イ 指定を取り消された法人において、指定取消しの通知があった日

前60日以内にその役員等であった者で取消しの日から5年を経過しないもの

ウ 指定取消しの通知があった日から処分決定までに、事業の廃止または指定の辞退をした法人において、当該通知の日前60日以内にその役員等であった者で当該届出または指定の辞退の日から5年を経過しないもの

◆指定の取消し

不正の手段により、指定を受けたときは指定が取り消されることがあります（介護保険77I⑨）。

◆介護タクシーについて

タクシー会社が訪問介護事業を行う場合、通院介助に特化せず、身体介助や生活援助を総合的に行うことが必要です。知事は指定にあたり、市町村にサービスの提供状況や市町村との連携体制について意見を求め、また実地調査を行い基準を満たしているか確認します。

なお、通院介助に特化した場合は、居宅サービス事業運営基準4条および29条の2に違反するので指定することはできませんが、保険者の判断で基準該当サービス事業者として指定を受けることは可能です。

◆サービス提供責任者の専任義務の特例

指定訪問介護事業者におけるサービス提供責任者は、指定基準において、専らその職務に従事する者でなければならないとされています。

しかし、指定訪問介護事業者が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定基準に基づき、介護保険法上の指定を受けていることをもって指定居宅介護の指定を受け、同一事業所で一体的に事業を運営している場合には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定居宅介護のサービス責任者として兼務することは差し支えありません。

なお、この取扱いは、指定訪問介護事業所における管理者についても同様です。

介護保険の手續と書式 事業者に関する手續

●指定居宅サービス事業所指定申請書

第1号様式(第2条関係)

指定居宅サービス事業所
~~指定介護予防サービス事業所~~
~~指定居宅介護支援事業所~~
~~介護保険施設~~

受付番号

指定(許可)申請書

平成〇〇年〇月〇日

〇〇県 知事 殿

所在地 〇〇県〇〇市〇〇町3-15-1
 申請者 株式会社 新日本福祉サービス
 名称 代表取締役 新日本 太郎 印

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。

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ 名称	シンニホンホームヘルプサービス 新日本ホームヘルプサービス				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇 県 〇〇 郡市 〇〇町3-15-1 (ビルの名称等)				
	連絡先 法人の種別	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	代表者の職・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ シンニホン タロウ 氏名 新日本 太郎	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の	代表者の住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇 県 〇〇 郡市 〇〇町1-124 (ビルの名称等)				
	事業所等の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇 県 〇〇 郡市 〇〇町3-15-1 (ビルの名称等)				
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の	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)申請をする事業等の事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日	様式	
	指定居宅サービス	訪問介護	○	〇〇年〇〇月〇〇日		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
		短期入所生活介護				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	
	指定介護予防サービス	居宅介護支援事業				付表13
		介護老人福祉施設				付表14
介護老人保健施設					付表15	
介護予防訪問介護					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	
介護予防短期入所生活介護				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					(既に指定又は許可を受けている場合)	
医療機関コード等						

高齢介護手続四三

四二五

介護保険の手続と書式 事業者に関する手続

●訪問介護事業所の指定に係る記載事項

付表1-1 訪問介護・介護予防訪問介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	シンニホンホームヘルプサービス			
	名称	新日本ホームヘルプサービス			
	所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇 県 〇〇 郡(市) 〇〇町3-15-1			
連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 2 条第 項第 号			
管理者	フリガナ	シンニホン タロウ		住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町1-124
	氏名	新日本 太郎			
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日			
訪問介護員等との業務の有無		(有) ・ (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			
サービス提供者	フリガナ	オオミヤ ハナコ		住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1
	氏名	大宮 花子			
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)
氏名					
従業者の職種・員数		訪問介護員等			
		専従	兼務		
常勤(人)		3	2		
非常勤(人)		8	0		
常勤換算後の人数(人)		8			
基準上の必要人数(人)					
適合の可否					
主な揭示事項	営業日	月曜日～土曜日(休み 日曜、祝日、12月30日～1月3日)			
	営業時間	午前9時～午後8時			
	利用料	法定代理受領分(一割負担分) 介護報酬の告示上の額			
		法定代理受領分以外 同上			
	その他の費用	別添運営規程に定める料金表のとおり			
通常の実業実施地域	〇〇市、〇〇市、〇〇市				
添付書類	別添のとおり				

高齢介護手続一

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 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様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

四二六

●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の記載事項

付表1-2 訪問介護事業・介護予防訪問介護を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ	カブシキガイシャ シンニホンホームヘルプサービス ○○ジギョウシヨ			
	名称	株式会社新日本ホームヘルプサービス ○○事業所			
	所在地	(郵便番号○○○-○○○) ○○ 県 ○○ 郡市 ○○町8-18			
	連絡先	電話番号	○○○○-○○-○○○○	FAX番号	○○○○-○○-○○○○
主な 掲 示 事 項	営業日	月曜日～土曜日(休み 日曜、祝日、12月30日～1月3日)			
	営業時間	午前9時～午後6時			
	利用料	法定代理受領分(一割負担分)介護報酬の告示上の額			
		法定代理受領分以外		同上	
	その他の費用	別添運営規程に定める料金表のとおり			
通常の事業実施地域	○○市、○○町、○○村、○○町				
添付書類	別添のとおり				

- 備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 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様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

○従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(参考様式1)
 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (〇〇年〇月分) サービス種類 (訪問介護
 事業所・施設名 (株式会社 新日本ホームヘルプサービス))

職 種	勤務 形態	氏 名	第1週							第2週							第3週							第4週							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			4週 の 合計
			*	①	②	③	④	①	④																								
(記載例-1)		ab ab ab cd de e e																															
(記載例-2)																																	

- 備考 1 *欄には、当該月の曜日を入力してください。
 2 申請する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。勤務時間後とあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。
 (記載例1-勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)
 3 (記載例2-サービス提供時間 a9:00~12:00、b13:00~16:00、c10:30~13:30、d14:30~17:30、e休日)
 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、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
 4 勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で専従 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で業務
 常勤換算が必要な職種は、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
 5 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。
 6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
 7 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

介護保険の手続と書式 事業者に関する手続

○経歴書

(参考様式2)

○○○経歴書

事業所又は施設の名称		新日本ホームヘルプサービス	
カナ	シンニホン タロウ	生年月日	昭和○○年○○月○○日
氏名	新日本 太郎		
住所	(郵便番号○○○-○○○) ○○市○○町1-124		
電話番号	○○(○○○○)○○○○		
主 な 職 歴 等			
年 月～ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
昭和○○年～昭和○○年○月	新日本福祉サービス協会	経理、事業計画の企画等	
昭和57年○月～現在	株式会社 新日本福祉サービス	マネージメント	
職務に関連する資格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月	
社会福祉主事		昭和37年3月	
備 考 (研修等の受講の状況等)			

- 備考1 「○○○」には、「管理者」、「サービス提供責任者」又は「経験看護師等」と記入してください。
- 2 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 3 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。
- 4 サービス提供責任者の「主な職歴等」欄及び「職務に関連する資格」欄に係る記載については、次の書類を提出することで省略して差し支えありません。
- (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」

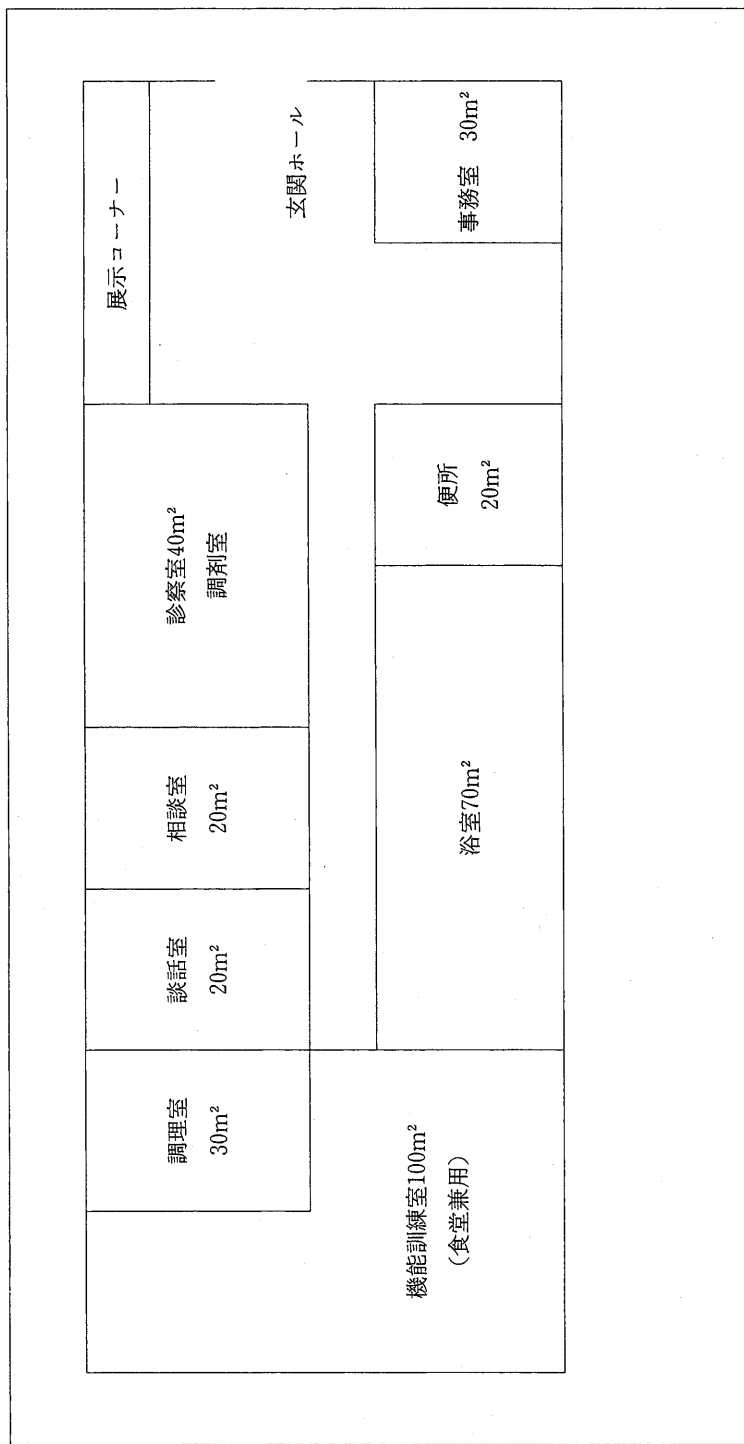
高齢介護手続三四

四二九

○平面図

(参考様式3)
平面図

事業所・施設の名称
新日本ホームヘルプサービス



- 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。

○三〇四

高齢介護半誌 一一一

○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

事業所又は施設名	株式会社 シンニホンホームヘルプサービス
申請するサービス種類	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"> 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、担当者が不在のときは、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) 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇 (FAX) 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇 (担当者) 第1事業課 相談担当者 大宮春子
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"> 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、担当者からも事情を確認する。 サービス提供責任者が、必要が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。(利用者への謝罪、対応方法の説明) 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	<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>
4	<p>その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○相談・苦情を防止するため、介護サービスについて職員研修を行う。 ○朝の定例会で、サービス提供時の注意事項を確認する。

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。

○訪問介護事業所運営規程（例）

参考様式 訪問介護事業所運営規程（例）

○○法人○○会指定訪問介護事業所運営規程

（事業の目的）

第1条 この規程は、○○法人○○会が開設する指定訪問介護事業所「○○（名称）」（以下「事業所」という。）が行う指定訪問介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の訪問介護員等が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者等（以下「要介護者等」という。）に対し、適正な訪問介護を提供することを目的とする。

（運営の方針）

第2条 事業の実施に当たっては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

2 事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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。

3 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者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、次のとおりとする。

一 名称 ○○

二 所在地 ○○市……………（○○ビル1階）

（従業者の職種、員数及び職務内容）

第4条 事業所に勤務する従業者の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

一 管理者 1人（常勤職員1人）

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。

（※管理者がサービス提供等を兼務する場合には、その職種を明記し、「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○○サービスの提供に当たるものとする」とする。）

二 サービス提供責任者 1人（常勤職員1人）

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。

三 訪問介護員 9人(常勤職員3人、非常勤職員6人)

訪問介護員は、訪問介護の提供に当たる。

四 事務職員 1人(非常勤職員1人)

事務職員は、必要な事務を行う。

(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、次のとおりとする。

一 営業日 ○曜日から○曜日までとする。ただし、12月29日から1月3日まで及び祝祭日を除く。

二 営業時間 ○○時から○○時までとする。

三 連絡体制 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制をとる。

(訪問介護の内容及び利用料等)

第6条 指定訪問介護の内容は次のとおりとし、指定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。

一 身体介護

二 家事援助

三 夜間巡回型

2 第8条に定める通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問介護に要した交通費は、その実費を徴収する。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とする。

一 事業所から、片道おおむね○○キロ未満 ○○○円

二 事業所から、片道おおむね○○キロ以上 ○○○円

3 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)を受けるとする。

(緊急時等における対応方法)

第7条 訪問介護員等は、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、速やかに主治の医師に連絡する等の措置を講じるとともに、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8条 通常の事業の実施地域は、○○市、○○町、○○村の区域とする。

(その他運営に関する重要事項)

第9条 事業所は、従業者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。

- 一 採用時研修 採用後〇ヵ月以内
 - 二 継続研修 年〇回以上
- 2 従業者は、職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、職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 この規程に定めるほか、運営に必要な事項は、〇〇法人理事長と事業所の管理者の協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から施行する。