

## 訪問介護の指定申請に係る添付書類一覧

(この書類も提出してください。)

|            |          |
|------------|----------|
| 申請する事業所の名称 | ホームヘルプ都庁 |
|------------|----------|

|     | 申 請 書 及 び 添 付 書 類                                                             | 申請者<br>確認欄 | 備 考 | 参 考              |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|------------------|
| 申請書 | 指定(許可)申請書(別紙様式第一号(一))                                                         | ○          |     | 共通①              |
|     | 訪問介護事業所の指定に係る記載事項(付表第一号(一))                                                   | ○          |     | 訪介①              |
| 1   | 申請者の登記事項証明書又は条例等                                                              | ○          |     | 共通②              |
| 2   | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)                                                      | ○          |     | 訪介②              |
|     | 資格証の写し                                                                        | ○          |     | 共通③              |
| 3   | 事業所の平面図(参考様式2)                                                                | ○          |     | 訪介③              |
|     | 外観及び内部の様子がわかる写真                                                               | ○          |     | 共通④              |
| 4   | 運営規程(料金表含む)                                                                   | ○          |     | 訪介④              |
| 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(参考様式3)                                               | ○          |     | 共通⑤              |
| 6   | 誓約書及び誓約書別紙(参考様式4)                                                             | ○          |     | 共通⑥              |
| 7   | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、加算様式・参考様式                                       | ○          |     | 136-137<br>ページ参照 |
|     | 介護職員等処遇改善加算の算定にあたっては、別途、処遇改善計画書の提出(法人として新規提出)又は変更(既に提出済みの計画書に事業所を追加)が必要となります。 | ○          |     | ホームページ<br>参照     |
| 8   | 老人居宅生活支援事業開始届                                                                 | ○          |     | 138ページ<br>参照     |

|   | チェックリスト              | 申請者<br>確認欄 |  |              |
|---|----------------------|------------|--|--------------|
| 1 | 雇用契約、就業規則に関するチェックリスト | ○          |  | 共通③          |
| 2 | 老人福祉法上のチェックリスト       | ○          |  | 141ページ<br>参照 |

備考1「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。

2 添付書類については、次頁以降の説明を参照してください。

3 処遇改善加算等計画書については、以下URLを参照してください。

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/shogu/index.html>

東京都福祉局 &gt; 高齢者 &gt; 介護保険 &gt; 介護職員処遇改善加算(現行加算及び特定加算及びベースアップ加算)について

|                                                                                                                                                                                                    |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 新規指定前研修は、いつ受講されましたか。<br>(※申請にあたっては、受講済であることが必要です。)                                                                                                                                                 | ＊ ＊ 年 1 月                 |
| 社会保険、労働保険及び損害保険の加入手続は済んでいますか。                                                                                                                                                                      | (はい) ・ 加入手続中又は<br>今後手続を行う |
| 「とうきょう福祉ナビゲーション」※等を利用して、近隣に同一あるいは類似した名称の事業所がないか確認しましたか。<br><a href="https://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/">https://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/</a><br>福ナビホーム > 事業所情報「事業所・法人を探す」 > 名称等から探す「事業所名で検索」 | (はい) ・ いいえ                |

| 担 当 者 連 絡 先                                                     |                                         |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。(平日の日中に連絡がつく番号を記載) |                                         |
| 事業所名                                                            | ホームヘルプ都庁                                |
| 担当者名                                                            | 都庁 太郎                                   |
| 連絡先                                                             | (電話) 03-××××-××××<br>(FAX) 03-××××-×××× |
| メールアドレス                                                         | xxx@xxx.xx.xx                           |

訪介①

付表第一号(一) 訪問介護事業所の指定等に係る記載事項

|                    |                                 |                                                                                                      |           |                                                       |
|--------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------|
| 事業所                | 法人番号                            | *****                                                                                                |           |                                                       |
|                    | フリガナ                            | ホームヘルプトチョウ                                                                                           |           |                                                       |
|                    | 名 称                             | ホームヘルプ都庁                                                                                             |           |                                                       |
|                    | 所在地                             | (郵便番号 163 - **** )<br>東京 都 道 新宿 市 区<br>府 県 町 村 ○新宿1-1-1                                              |           |                                                       |
|                    | 連絡先                             | 電話番号 03-5320-△△△△ (内線) □□□<br>Email <a href="mailto:homehelp@tochou.co.jp">homehelp@tochou.co.jp</a> | FAX番号     | 03-5388-〇〇〇〇                                          |
| 管理者                | フリガナ                            | チヨダ イチロウ                                                                                             | 住所        | (郵便番号 150 - **** )                                    |
|                    | 氏 名                             | 千代田 一郎                                                                                               |           | 東京都渋谷区○×3-3-3                                         |
|                    | 生年月日                            | 昭和○年△月□日                                                                                             |           |                                                       |
|                    | 当該事業所で兼務する他の職種<br>(兼務の場合のみ記入)   |                                                                                                      | サービス提供責任者 |                                                       |
|                    | 他の事業所、施設等の職務との兼務<br>(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<br>及び勤務時間等                                                                         |           |                                                       |
| 共生型サービスの該当有無       |                                 |                                                                                                      |           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 |                                 |                                                                                                      |           |                                                       |
| 従業者の職種・員数          |                                 | 訪問介護員等                                                                                               |           | 従業者欄は、勤務<br>形態一覧表と一致<br>します。                          |
|                    |                                 | 専 従                                                                                                  | 兼 務       |                                                       |
|                    |                                 | 常 勤(人)                                                                                               | 1         |                                                       |
|                    |                                 | 非常勤(人)                                                                                               | 4         |                                                       |
|                    |                                 | 常勤換算後の人数(人)                                                                                          |           | 3.2                                                   |
| 利用者の推定数(人)         |                                 | 80.4                                                                                                 |           |                                                       |
| サービス提供<br>責任者      | フリガナ                            | チヨダ イチロウ                                                                                             | 住所        | (郵便番号 150 - **** )                                    |
|                    | 氏 名                             | 千代田 一郎                                                                                               |           | 東京都渋谷区○×3-3-3                                         |
|                    | 生年月日                            | 昭和○年△月□日                                                                                             |           |                                                       |
|                    | フリガナ                            |                                                                                                      | 住所        | (郵便番号 - )                                             |
|                    | 氏 名                             |                                                                                                      |           |                                                       |
|                    | 生年月日                            |                                                                                                      |           |                                                       |
| 添付書類               | 別添のとおり                          |                                                                                                      |           |                                                       |

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

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

- 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。
  - 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
  - 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。

○ 付表第一号(一)

|                  |       |                                                                                                                                                                                           |
|------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 注<br>意<br>事<br>項 | (1)   | 事業所の名称、フリガナはスペースの有無まで統一されていますか。<br>※法人番号は、国税庁から指定される13桁の番号です。法人番号が不明の場合は、「国税庁法人番号公表サイト」( <a href="https://www.houjin-bangou.nta.go.jp">https://www.houjin-bangou.nta.go.jp</a> )でご確認ください。 |
|                  |       | 管理者欄について、次の①及び②のことが確認できますか                                                                                                                                                                |
|                  | ①     | 当該事業所内での兼務がある場合、兼務する職種について記載がある                                                                                                                                                           |
|                  | (2)   | 同一事業者によって設置された他の事業所・施設等で兼務する場合は、当該事業所・施設の名称と所在地、そこで兼務する職種・勤務時間について記載してください。                                                                                                               |
|                  | ②     | なお、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合などは、管理業務に支障があると考えられます。                    |
|                  | (3)   | 従業者欄について、訪問介護員等の常勤・非常勤、専従・兼務の別及び常勤換算後の人数が2.5人以上であり、「勤務形態一覧表」と一致していますか                                                                                                                     |
|                  | (4)   | サービス提供責任者の氏名、住所の記載がありますか                                                                                                                                                                  |
|                  |       | 出張所(サテライト)を設置する場合、(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)について、次の①～③のことが確認できますか                                                                                                                      |
|                  | ①     | 名称、フリガナ、所在地、連絡先の記載がある                                                                                                                                                                     |
|                  | (5) ② | 名称が「(本体事業所の名称)＋(出張所(サテライト)の名称※)」と、本体事業所の出張所(サテライト)であることが確認できる名称になっている<br>※例：〇〇分室、〇〇支店、〇〇営業所 など                                                                                            |
|                  | ③     | 出張所(サテライト)事業所所在地が都内ですか(八王子市を除く。)                                                                                                                                                          |

## ◎「勤務表の記入方法」を必ず確認した上で作成すること

※新規指定時は、4週での提出でよいが、毎月の実績は5週（暦月）で作成すること

[illegible]

(12) サービス提供責任者の配置基準（前3か月の利用者数）  
（新規申請の場合は推定数）（人）

|       | 1月   | 2月   | 3月   | 合計    |
|-------|------|------|------|-------|
| 要介護者  | 80   | 70   | 90   | 240   |
| 要支援者等 |      |      |      | 0     |
| 要防等   | 0.4  | 0.3  | 0.5  | 1.2   |
| 合計    | 80.4 | 70.3 | 90.5 | 241.2 |

（単位：人）

（注）1. 1月～3月の平均利用者数）

2. 指定日の翌日～翌翌日の記載

3. 80.4

指定月、指定月の翌月、指定月の翌翌月を記載。

$$\frac{\text{利用者数}}{\text{必要配置人数}} = \frac{40}{2.0} \Rightarrow 2.1 \text{以上}$$

(小数点第1位に切り上げ)

- ・常勤のサービスマン提供責任者を3人以上配置
- ・サービスマン提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置
- ・サービスマン提供責任者が行う業務が効率的に行われている

【注意事項】勤務延時間数の計算について

- ・従業員1人につき、勤務延長時間に算入のできる時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数を上限とする。  
(例えば、常勤が勤務すべき時間数が4週で160時間の事業所において、法人役員等であって4週で172時間勤務する従業員であっても、160時間で計算すること)
- ・管理者とサービス提供責任者や介護職員を兼務するような場合にあっては、当該従業員が1日に勤務すべき時間数を、管理業務を行う時間とサービス提供責任者を行う時間とを合計した時間数とする。

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う。雇用の形態は考慮しない。(例えば、常勤者は4週で160時間勤務することとされた事業所であれば、パート雇用であっても、4週160時間勤務する従業員は常勤扱いとなる)

(13)【任意入力】人員基準の確認(訪問介護員)

| 勤務形態 | 勤務時間数(分) |       | 当月の残業時間数(分) | 当月合計 | 週平均 | 労働の従業者の人数 |
|------|----------|-------|-------------|------|-----|-----------|
|      | 当月合計     | 週平均   |             |      |     |           |
| A    | 160      | 40.0  | 0           | 0.0  | 0   | 1         |
| B    | 120      | 30.0  | 0           | 0.0  | 0   | 0         |
| C    | 240      | 60.0  | 240         | 0.0  | 0   | -         |
| D    | 0        | 0.0   | 0           | 0.0  | 0   | 0         |
| 合計   | 520      | 130.0 | 360         | 0.0  | 0   | 1         |

■ 常勤換算方法による人数 基準：『暦月』で算出する端数に違いが出るため、『暦月』を選択する。

| 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 |

対象時間数(当月合計)  $\frac{360}{160} = 2.2$  (小数点第2位以下切り捨て)

■ 訪問介護員等の常勤換算方法による人数

常勤換算方法対象外の  
常勤の従業者の人数

1

+

2.2

=

合計

3.2人

| 職種名       | 資格及び配置要件                                                                                                                                                             |  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 管理者       | <p>資格要件なし</p> <p>常勤専従。管理上支障がない場合は業務可</p>                                                                                                                             |  |
| サービス提供責任者 | <p>介護福祉士、介護職員実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者、ヘルパー一級修了者、看護師、准看護師、保健師</p> <p>常勤換算方法で2.5人以上</p> <p>利用者の数が40人又はその端数を増すごとに一人以上</p> <p>※平成27年度の改正で要件を満たす場合、1利用者50人に対して一人以上1人に緩和可能</p> |  |
| 訪問介護員     | <p>介護福祉士、介護職員実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者（介護職員基礎研修修了者、ヘルパー一級・2級修了者含む。）看護師、准看護師、保健師、生活援助従業者研修（生活援助中心型サービスに限る）</p>                                                            |  |

★人員配置の考え方について

★人員配置基準・設備基準は、サービス提供を行う前提として、常に満たしていることが必要です  
(満たせなくなった場合、運営することはできません)

【具体的事例】訪問介護

Q1 現在利用者が減少し、サービス提供量が少ないため、サービス提供責任者と非常勤のヘルパー1名のみで運営しているが、適正か(常勤換算2.5人に満たない)。

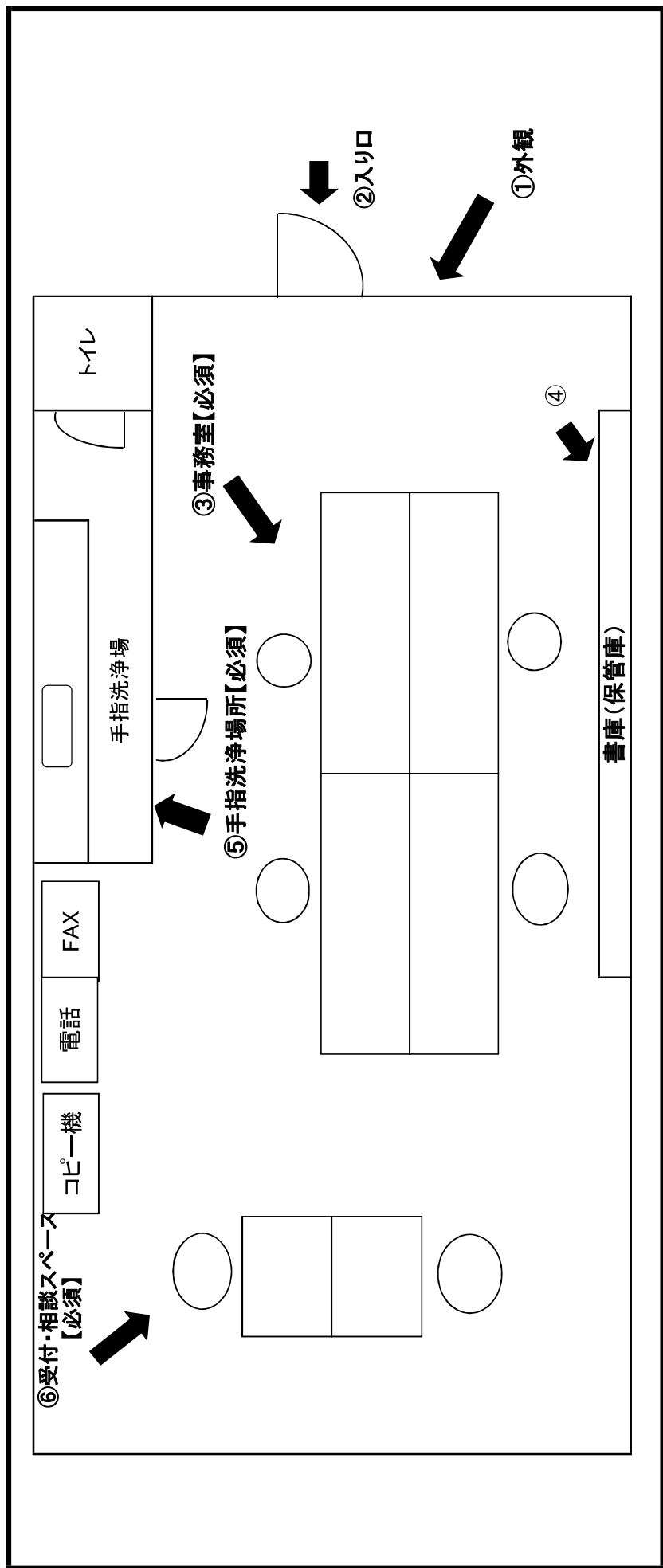
A1 運営基準に定められている人員配置基準は、事業所の指定を受ける(受け続ける)ための最低基準として定められています。この最低基準を満たさなくなった時点で、指定介護サービス事業の運営することはできません。

Q2 人員配置基準を満たさないまま運営を続けてもよいという猶予期間はあるか？

A2 運営基準に定められている人員配置基準は、常に満たさねばなりません。猶予期間というものはありません。

| 作成上の注意事項                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業者全員について、指定月の毎日の勤務時間数（4週間分）を記載してください。</li> <li>・資格証の写しを、勤務形態一覧表で氏名を記載した順に添付してください。（資格証については共通③参照）</li> </ul>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 人員配置について                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 管理者                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>管理者は、原則として常勤かつ専従が要件です。ただし、管理業務に支障がない場合には、ア又はイにより兼務が可能です</p> <p>ア：当該訪問介護事業所における他の職種の兼務<br/>イ：同一事業者によって設置された他の事業所・施設等における兼務</p> <p>なお、ア又はイの場合であっても、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定事業所又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合は、管理業務に支障があると考えられます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| サービス提供責任者                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>サービス提供責任者は、次の①及び②の要件を満たしていますか<br/>(③は該当する事業所のみ)</p> <p>①常勤専従のサービス提供責任者が1人以上配置されていること</p> <p>ただし、下記の場合は常勤要件を満たします。<br/>i 当該訪問介護事業所の管理者を兼務した場合<br/>ii 利用者に対する指定訪問介護の提供に支障がない場合において、同一敷地内にある定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は夜間対応型訪問介護事業所の職務に従事した場合</p> <p>②利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上配置されていること<br/>※一定の要件を満たした場合は、緩和基準あり</p> <p>(利用者の数は前3ヶ月の平均値。新規指定事業所については推定数)</p> <p>③非常勤サービス提供責任者を配置する場合、当該職員は、次のア及びイ又はウの要件を満たしていますか<br/>(利用者の数が41人以上の事業所のみ)</p> <p>ア：常勤の従業者が勤務すべき時間数の2分の1に達している</p> <p>イ：利用者の数が41人以上200人以下の事業所の場合、常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数から1を減じて得られる数以上。</p> <p>ウ：利用者の数が201人以上の事業所の場合、常勤換算方法としない場合に必要となるサービス提供責任者の員数に2を乗じて3で除して得られた数（1の位に切り上げた数）以上。</p> |
| 訪問介護員                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>①サービス提供責任者を含め、常勤換算方法で2.5人以上の訪問介護員がいること</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>【常勤換算方法とは】<br/>当該事業所の従業者の勤務延時間数を、当該事業所の就業規則等において定める常勤の従業者が勤務すべき時間数(週32時間を下回る時間数を定められている場合は、週32時間を基本とする。)で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものです。</p> <p>【勤務延時間数に算入することができる時間数】<br/>従業者1人につき、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数が上限となります。労働基準法の適用を受けない職員(役員等)も同様です。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 訪 介                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|           |          |
|-----------|----------|
| 事業所・施設の名称 | ホームヘルプ都庁 |
|-----------|----------|



備考1 各室の用途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 平面図にはそれぞれの写真について、どの写真をどの方向から撮影したのかがわかるよう、番号と矢印を記載してください。



| 事業所の平面図(参考様式2) |                     | 注意事項                     |                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | (1) 全般的な注意事項        |                          |                                                                                                                                                                                                                                               |
|                | (1)                 | ①                        | 次のアまたはイの要件を満たす「事務室」を設けてください。<br>ア 運営に必要な広さを有する専用の事務室を設けている。<br>イ 他の事業の事業所を兼ねる場合、運営に必要な広さの専用の区画を有し、当該区画が明確に特定されている。<br>事務室の中に、利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保してください。                                                                              |
|                |                     | ②                        | 感染症予防に必要な設備として、「手指洗浄場所」を設けてください。<br>同一敷地内にある他の事業所・施設等と共用する場合、 <ul style="list-style-type: none"><li>・定期的な清掃・消毒等、感染症予防対策をとること。</li><li>・他の事業所・施設等と共用の状況を確認し、適切に使用すること。</li></ul> (なお、不特定多数の人が使用する場所等で、上記の対策がとれない場合は、専用の手指洗浄場所を設けることを検討してください。) |
|                |                     | ④                        | 外部と連絡を行うための「電話」を設けて下さい。携帯電話も可能ですが、営業日・営業時間を通じて、連絡可能な体制としてください。<br>(なお、「FAX」の設置は任意です。)                                                                                                                                                         |
|                |                     | ⑤                        | 個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じてください(例：個人情報を含む書類を保管するための鍵付き書庫や保管庫の設置、データを保管するパソコンのセキュリティ対策等)。                                                                                                                                                       |
|                |                     | (2) 他の事業の事業所と併設する場合の注意事項 |                                                                                                                                                                                                                                               |
|                | (2)                 | ①                        | 介護事業所が、他の事業の事業所を兼ねる場合、事務室には間仕切りをする等他の事業の用に供するものと明確に区分してください。なお、この場合、介護事業所の業務に支障がないときには、区分がされていないことも、介護事業所としての区画が明確に特定されていることでも構いません。<br>平面図においては、他の事業の事業所との区分または区画を明示してください。また、平面図で明示する区分または区画内において、介護事業所の業務を行い、使用する設備・備品等の管理を適切に行ってください。     |
|                |                     | ②                        | 介護事業所は、業務上知り得た利用者又はその家族に関する秘密の保持が義務付けられています。<br>とりわけ、介護事業以外の他の事業の従事者や利用者に秘密が漏れないようにすることが必要であり、他の事業の従事者等に介護サービスを利用者等に関する秘密が含まれた会話・通話の内容が丸聞こえになったり、個人情報が含まれた書類などが目に入るのではないよう、必要に応じて、間仕切りの設置や介護事業所専用の部屋を設ける等、秘密保持が可能な区画・区分としてください。               |
|                |                     | ③                        | 介護事業所は、運営に支障がない場合は、他の事業所、施設等に備えつけられた設備及び備品等を使用することができます。<br>ただし、この場合、設備及び備品等の定期的な清掃・消毒等の感染症予防対策や、他の事業所・施設等との共用の状況の確認を行い、双方の事業の運営に支障が生じないよう、適切な管理を行ってください。                                                                                     |
|                |                     | ④                        | 設備・備品等のうち、「電話」は、秘密保持のため、介護事業以外の他の事業の事業所、施設等との共用は行わないでください。                                                                                                                                                                                    |
|                |                     | ⑤                        | 同一敷地内に、複数の事業所が併設されている場合、施設全体がわかる図面が添付し、申請の事業所の位置をその中で示してください。                                                                                                                                                                                 |
| 注 意 事 項        | (3) 自宅と併設する場合の注意事項  |                          |                                                                                                                                                                                                                                               |
|                | (3)                 | ①                        | 上記(2)②のとおり、介護事業所は利用者等の秘密の保持が義務付けられており、自宅併設の場合も、秘密保持への配慮が必要です。<br>とりわけ、同居家族等に秘密が漏れないようにすることが必要であり、(2)②と同様に、会話・通話の内容が丸聞こえになったり、個人情報が含まれた書類などが目に入るのではないよう、必要に応じて、間仕切りの設置や介護事業所専用の部屋を設ける等、秘密保持が可能な区画・区分としてください。                                   |
|                |                     | ②                        | 自宅併設の場合も、設備及び備品等の定期的な清掃・消毒等の感染症予防対策を行い、介護事業所としての運営に支障が生じないよう、適切な管理を行ってください。                                                                                                                                                                   |
|                | (4) サテライトがある場合の注意事項 |                          |                                                                                                                                                                                                                                               |
|                | (4)                 | ①                        | サテライト部分の平面図の添付がある。                                                                                                                                                                                                                            |
|                |                     | ②                        | 事務スペース等の記載がある。                                                                                                                                                                                                                                |

## 訪介④

### 作成例

※網掛け部分を適宜変更してください。これらの項目以外でも、必要に応じて記載してください。

## 訪問介護 ホームヘルプ都庁運営規程

### (事業の目的)

第1条 \*\*法人△△が開設するホームヘルプ都庁（以下「事業所」という。）が行う指定訪問介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定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 事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、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、次のとおりとする。

- 一 名称 ホームヘルプ都庁
- 二 所在地 住所・・・・・・・・・・

### (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とおりとする。

- 一 管理者 1名  
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。
- 二 サービス提供責任者 ○名以上  
サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護等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 訪問介護員等 常勤換算 2. 5名以上（サービス提供責任者を含む。）  
訪問介護員等は、指定訪問介護等の提供にあたる。
- 四 事務職員 ○名（非常勤職員）  
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 月曜日から金曜日  
ただし、祝日及び12月29日から1月3日までを除く。
- 二 営業時間 午前9時から午後6時までとする。
- 三 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。
- 四 サービスの提供は、365日、24時間行う。



### (指定訪問介護の提供方法、内容及び利用料等)

第6条 指定訪問介護の提供方法及び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、別紙料金表によるものとし、当該指定訪問介護が法定代理受領サービスである時は、その1割、2割又は3割の額とする。

- 一 身体介護 食事介助、排泄介助、入浴（清拭）介助、着替介助、体位交換、通院介助、見守りの援助  
その他（ ） ※その他( )に記載すべき事項がない場合は削除
- 二 生活援助 食事の支度、洗濯、掃除、買い物、薬の受取、その他（ ） ※その他( )に記載すべき事項がない場合は削除

(三 通院等乗降介助) ※通院等乗降介助を行う事業所のみ記載。訪問介護員による通院等乗降介助を行う場合、東京運輸支局へ道路運送法に基づく許可を得る必要があります。詳しくは「介護輸送に係る法的取扱いについて」（平成18年9月）を参照のこと。

- 2 次条の通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問介護等に要した交通費は、その実額を徴収する。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。
  - 一 通常の実施地域を越えて1kmにつき ○○円 ※この場合の交通費も実費の範囲内で設定すること
- 3 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者また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（記名捺印）を受けることとする。

### (通常の事業の実施地域)

第7条 通常の事業の実施地域は、○○区、\*\*区の区域とする。 ※区内一部の場合は、町名を記載すること

### (相談・苦情対応)

- 第8条 当事業所は、利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、指定居宅サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応する。
- 2 当事業所は、前項の苦情の内容等について記録し、当該利用者の契約終了の日から2年間保存する。

### (事故処理)

- 第9条 当事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。
- 2 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、当該利用者の契約終了の日から2年間保存する。
  - 3 当事業所は、利用者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。

### (緊急時等における対応方法)

- 第10条 訪問介護員等は、訪問介護のサービス提供中に、利用者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じる。
- 2 前項について、しかるべき対応をした場合には、速やかに管理者に報告しなければならない。

### (虐待の防止のための措置に関する事項)

- 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、以下の措置を講じる。
- 一 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に十分に周知する。
  - 二 虐待の防止のための指針を整備する。
  - 三 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
  - 四 前三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 前項第一号に規定する委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。

### (その他運営についての留意事項)

第12条 指定訪問介護事業所は、訪問介護員等の資質向上を図るため、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。

一 採用時研修 採用後○カ月以内

二 継続研修 年○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ほか、運営に関する重要事項は\*\*法人△△と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

#### 附 則

この規程は、令和○○年○月○日から施行する。※指定予定年月日又は改正年月日を記載

☆ この規程の例は、あくまで現時点で想定されるイメージであり、記載の仕方やその内容は、基準を満たす限り、任意のもので構わないものである。

※ 通常の事業の実施地域については、以下のとおりとする。

- ・利用申込みに係る調整の観点から定めるもの※であること（※「提供拒否の禁止」）
- ・客観的にその区域が特定できるものでなければならないこと

ア：事業所所在地がある地域が通常の事業の実施地域となっていること

イ：通常の事業の実施地域は地続きによるものとし、飛び地による設定はできないこと

ウ：通常の事業の実施地域の表記については、「半径○km以内」など曖昧な表記は不可

エ：一部地域とする場合は、「○○町一丁目」等の表記により詳細を示すこと

オ：通常の事業の実施地域を「東京都全域」とした場合、島しょ地域も含まれることに留意

## 【記載上の注意事項】訪問介護 別紙料金表例

【費用額（10割分）の計算】

費用額＝【単位数×単位の単価（端数は切り捨て）】

【利用者負担額の計算】

1割負担の場合 利用者負担額＝【10割分の額－（10割分の額×0.9（1円未満切捨て））】

2割負担の場合 利用者負担額＝【10割分の額－（10割分の額×0.8（1円未満切捨て））】

3割負担の場合 利用者負担額＝【10割分の額－（10割分の額×0.7（1円未満切捨て））】

### 訪問介護費

法定代理受領の場合は下記金額の1割、2割又は3割。  
（ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。）

|                        |                  | (単位数) | 利用料  |      |      |      |
|------------------------|------------------|-------|------|------|------|------|
|                        |                  |       | 10割  | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 身体介護                   | 20分未満            | 163   | 000円 | 000円 | 000円 | 000円 |
|                        | 20分以上30分未満       | 244   | 000円 | 000円 | 000円 | 000円 |
|                        | 30分以上1時間未満       | 387   | 000円 | 000円 | 000円 | 000円 |
|                        | 1時間以上            | 567   | 000円 | 000円 | 000円 | 000円 |
|                        | 1時間を超えて30分を増すごとに | +82   | 000円 | 000円 | 000円 | 000円 |
| 生活援助                   | 20分以上45分未満       | 179   | 000円 | 000円 | 000円 | 000円 |
|                        | 45分以上            | 220   | 000円 | 000円 | 000円 | 000円 |
| 通院等乗降介助<br>※届出がある場合に算定 | 1回につき            | 97    | 000円 | 000円 | 000円 | 000円 |

通院等乗降介助を算定するためには、体制要件を満たし、届出が必要です。

注 高齢者虐待防止措置未実施の場合

注 特定事業所加算（Ⅰ）を算定する場合

注 特定事業所加算（Ⅱ）を算定する場合

注 特定事業所加算（Ⅲ）を算定する場合

注 特定事業所加算（Ⅳ）を算定する場合

注 特定事業所加算（Ⅴ）を算定する場合

注 同一建物減算の対象となる場合は以下のとおり

①同一の敷地内、隣接する敷地内の建物に居住する利用者へのサービスの場合

②事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者へのサービスの場合

③事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に50人以上居住する建物の利用者へのサービスの場合

④事業所の総利用者数のうち事業所と同一建物等に居住する利用者の割合が9割以上の場合

上記単位数の1%減

上記単位数の20%増

上記単位数の10%増

上記単位数の10%増

上記単位数の3%増

上記単位数の3%増

上記単位数の10%減

上記単位数の10%減

上記単位数の15%減

上記単位数の12%減

\* 夜間（18:00～22:00）又は早朝（6:00～8:00）の場合

上記単位数の25%増し

\* 深夜（22:00～6:00）の場合

上記単位数の50%増し

\* 訪問介護員2名派遣の場合

上記単位数 × 200/100

加算については、事業所ごとに算定する加算のみ記載のこと。

【その他加算】

|                |                                                           | (単位数) | 利用料  |               |      |      |
|----------------|-----------------------------------------------------------|-------|------|---------------|------|------|
|                |                                                           |       | 10割  | 1割負担          | 2割負担 | 3割負担 |
| 初回加算           | 1月につき                                                     | +200  | 000円 | 000円          | 000円 | 000円 |
| 緊急時訪問介護加算      | 1回につき(身体介護について算定)                                         | +100  | 000円 | 000円          | 000円 | 000円 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅰ)  | 1月につき                                                     | +100  | 000円 | 000円          | 000円 | 000円 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ)  |                                                           | +200  | 000円 | 000円          | 000円 | 000円 |
| 口腔連携強化加算       | 1月に1回が限度                                                  | +50   | 000円 | 000円          | 000円 | 000円 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ)   | 1日につき                                                     | +3    | 000円 | 000円          | 000円 | 000円 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ)   |                                                           | +4    | 000円 | 000円          | 000円 | 000円 |
|                | 1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定)<br>※基本サービス費+各種加算・減算の単位数 |       |      |               |      |      |
|                | 介護職員等処遇改善加算の単位数                                           |       |      | 利用料<br>(10割分) |      |      |
| 介護職員等処遇改善加算( ) | 介護報酬総単位数×〇%<br>※1単位未満の端数は四捨五入                             |       |      | 左の単位数×1単位の単価  |      |      |

介護職員等処遇改善加算の区分のうち、算定する加算区分及び加算率を記載すること。

【介護職員等処遇改善加算の利用料の欄】

介護職員等処遇改善加算については、利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数について算定するものなので、この「利用料」欄には具体的な数字は入れず、記載例のとおり記載すること。

『単価』については、それぞれ地域区分ごとに決まっています。以下のURL内の「地域区分」で確認してください。

→[https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo\\_lib/tuutitou/O\\_kyoutuu/index.html](https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/tuutitou/O_kyoutuu/index.html)