

## 記載方法と添付書類

### 第1号通所事業の指定に係る添付書類一覧

- ・添付書類はA4判に統一してください(建物の全体図等、縮小が難しいものを除く)
- ・各書類の記入例もあわせて御覧ください

番号	添付書類	説明
申請書	第1号事業指定申請書 (第1号様式)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請者は法人です。法人印(代表者印)は、法人の印鑑登録されたものを押印してください。</li> <li>・申請者欄の記載(名称、所在地、法人種別、代表者、職種、代表者名、代表者住所等)は、定款、寄付行為、登記簿謄本及び条例等と一致します。</li> <li>・法人の種別(営利法人・社会福祉法人・社団法人・NPO法人・宗教法人等)を記入してください。</li> <li>・事業所の名称、所在地は付表2、運営規程等と一致します。</li> <li>・申請事業の種類、開始予定年月日を記入して下さい。</li> <li>・同一敷地内に別の事業所がある場合は、その指定年月日を記入してください。</li> </ul>
	通所介護・介護予防通所介護事業所の指定に係る記載事項(付表2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者欄の内容は、管理者経歴書と一致します。</li> <li>・定員数を記入してください。</li> <li>・従業者欄は従業者の勤務形態一覧表と一致します。</li> </ul>
	通所介護・介護予防通所介護事業所の指定に係る記載事項(付表2別紙)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数単位がある場合、2単位目以降を記載してください。</li> </ul>
1	申請者(開設者)の定款(寄付行為)等及び登記簿謄本又は条例等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請する事業を実施する旨の記載のある定款(寄付行為)等及び登記簿謄本(原本もしくはコピーでも可)</li> <li>・記載のない場合、定款変更の議事が記載された役員会等の議事録を添付してください。</li> <li>・条例にあっては広報の写し</li> <li>・目的に介護保険法による通所介護及び介護予防通所介護を行うことが読みとれるように記載してください。</li> </ul>
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)  更新の場合は、当月もしくは最近のものを添付してください。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業者全員について、毎日の勤務時間数(4週間分)を記載してください。</li> <li>・単位毎に作成してください。</li> <li>・職種は管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、その他(管理栄養士、調理員、運転手等)(兼務の場合は備考欄にその旨を記載してください。)</li> <li>・生活相談員、看護職員、介護職員については、サービス提供時間帯と従事職員の勤務時間帯(他の業務と兼務する場合は通所介護の当該職種に専従する時間帯)が分るように記載してください。</li> <li>・事業者の就業規則を添付してください。</li> <li>・就業時間、休日等が分かるもの。なお、従業者が10名未満のため作成していない場合は、常勤の勤務時間をどのように考えているか(1日の勤務時間、休憩、1週あたりの勤務時間、休日について)記載したものを添付してください。</li> <li>・当該事業に係るもののみで可ですが、管理者や従事者が他の事業の管理者等を兼ねる場合は、全体の概要が分かるようにしてください。</li> <li>・資格証の写しを、氏名を記載した順に添付してください。(社会福祉士、社会福祉主事、看護師、准看護師、機能訓</li> </ul>

		<p>練指導員(理学療法士、作業療法士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師)等)</p> <p>・資格証の裏面に「月1日(指定予定日)より 事業所(当該事業所名)に として勤務する」旨の本人自筆の誓約、住所、氏名、電話番号の記入、捺印をお願いします。(資格証の写しと雇用契約書の写しを添付することで可)</p> <p>・介護職については、A4用紙に自筆のうえ捺印をお願いします。(雇用契約書の写しを添付することで可)</p> <p>・その他の注意事項については、「参考様式1 従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</p>
	サービス提供実施単位一覧 (参考様式3)	<p>・曜日毎に、サービス提供時間帯の状況を記載してください</p> <p>・送迎の時間帯はサービス提供時間帯には含まれません。</p> <p>・サービス提供単位ごとに、サービス内容がわかるもの(日課表)を添付してください。</p>
3	管理者の経歴書 (参考様式4)	<p>・当該事業の管理者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等</p> <p>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載してください。</p> <p>・指定後の勤務先等、職務内容も記載してください。兼務する職種がある場合は兼務関係が分かるように記載してください。</p>
4	事業所(施設)の平面図(参考様式5)・建築図面・写真	<p>・平面図(用途・机や備品等の配置、面積等を明示したもの)</p> <p>・建築図面(建築基準法担当部署と協議したもの)</p> <p>・写真 建物外観 事業所入り口 事務室(事務机、鍵付書庫) 相談室(個室又は仕切りで仕切られていることがわかる写真、相談室内部の写真) 静養室(個室又は仕切りで仕切られていることがわかる写真、静養室内部の写真) 食堂・機能訓練室 トイレ・厨房・風呂・脱衣場 送迎用車両・送迎用車両駐車場</p>
5	設備・備品等一覧表(参考様式5-1)	<p>・該当する箇所について を付けてください。</p>
6	運営規程	<p>・次の内容について具体的に分かりやすく定めてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 事業の目的及び運営の方針</li> <li>2 従業者の職種、員数及び職務内容(単位ごとに記載してください。常勤・非常勤の別)</li> <li>3 営業日及び営業時間 申し込みを受け付ける日・時間を記載する。 また、年間の休日も記載してください。</li> <li>4 指定通所介護の利用定員 単位ごとに記載する。サービス提供時間帯も記載する。</li> <li>5 指定通所介護の内容(入浴、食事等サービスの内容等)その他の費用の額(自費分) 利用料その他の費用の額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。単位数表示だけでなく円単位で表示してください。</li> <li>6 通常の事業実施地域 通常の実施地域内の送迎は、介護報酬に含まれます。通常の実施地域以外の場合、送迎に係る費用の支払いについては運営規程に定めた額を利用者から受けることができます。</li> <li>7 サービス利用に当たっての留意事項 利用者が機能訓練室等の施設を利用するに当たっての注意事項等を記載する。</li> </ol>

		<p>8 緊急時等における対応方法</p> <p>9 非常災害対策 消防計画及び災害に対処するための計画の策定 消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画。消防計画の策定、消防業務の実施は、消防法第8条により防火管理責任者を置く事業所はその者が作成する。 避難訓練等の実施計画</p> <p>10 事故発生時の対応</p> <p>11 その他運営に関する重要事項</p>
7	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要 (参考様式6)	<p>・次の事項について具体的に分かりやすく記載してください</p> <p>1 利用者からの相談、苦情等に対応する常設の窓口、担当者の設置(担当者名、受付時間)</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>3 その他参考事項</p>
8	<p>当該申請に係る資産の状況</p> <p>事業計画書・収支予算書 (参考様式7・参考様式8)</p> <p>更新の場合は、当該年度もしくは前年度のものを添付してください。</p>	<p>・資産目録 法人決算時に作成している決算書(貸借対照表、損益計算書等)、財産目録等 決算期を迎えていない法人は、法人名義の預金通帳の名義部分と直近の残高部分の写しを提出してください。</p> <p>・事業計画書</p> <p>1 当該事業所の通所介護に係る事業計画 事業の内容(提供するサービスの具体的内容) 事業開始予定、従事者数、利用対処予定数</p> <p>2 当該事業所の通所介護に関する収支予算 指定予定月から12ヶ月間の月ごとの収支予算</p> <p>・損害賠償発生時に対応が可能であることがわかる書類 損害賠償責任保険証書の写し等</p> <p>・送迎に使用する車両の車検証写し又はリース契約書等</p>
9	役員名簿 (参考様式9)	<p>・役員とは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ますが、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ものを含みます。(必ずしも、登記上の役員と一致するとは限りません)</p>
10	介護保険法第115条の規程に該当しない旨の誓約書 (参考様式10)	<p>・内容をご確認のうえ、誓約できる場合は、法人名・代表者名を記入し、法人の代表者印を押印してください。</p>
11	老人福祉法届出・チェックリスト (参考様式11) 建築物等に係る関係法令確認書 (参考様式12)	<p>・該当箇所チェックを入れてください。</p> <p>・様式12については、担当部署、内容等について適宜記入してください。</p>
12	介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項 (加算届及び別紙1-4)	<p>・必要箇所について適宜記入してください。</p> <p>・別紙1-4については該当箇所を で囲んでください。</p>
13	サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙12-5)及び算定の根拠を示す書類(参考計算書A又はB サービス提供体制強化加算届出時のみ	

## 第1号通所事業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	デイサービス
------------	--------

	申請書及び添付書類	申請者確認欄	備考
申請書	第1号事業指定申請書(第1号様式)		
	第1号通所事業の指定に係る記載事項(付表2)		
	第1号通所事業の指定に係る記載事項(付表2別紙) < 2単位以上実施する場合 >		
1	申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等		
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) 病院、診療所、訪問看護ステーションとの協定書の写し(看護職員の配置で連携する場合のみ) 常勤職員の勤務時間に関する調べ(参考様式2)又は就業規則の写し、 組織体制図、資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文		
3	サービス提供実施単位一覧表(参考様式3) 日課表等(サービス提供単位ごとのサービス内容がわかるもの)		
4	事業所の管理者の経歴書(参考様式4)		
5	事業所の平面図(参考様式5)・建築図面 外観及び内部の様子がわかる写真 設備・備品等一覧表(参考様式5-1)		
6	運営規程(料金表含む)		
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(参考様式6)		
8	当該申請に係る資産の状況 (決算書(貸借対照表、損益計算書)、資産の目録、事業計画書(参考様式7) 収支予算書(参考様式8)、損害保険証書の写し(加入時のみ)、車検証等)		
9	役員名簿(参考様式9)		
10	介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式10)		
11	老人福祉法上の届出チェックリスト(参考様式11)・建築物等に係る関係法令確認書(参考様式12)		
12	介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項(加算届及び別紙1-4)		
13	サービス提供体制強化加算に関する届出書(別紙12-5)及び算定の根拠を示す書類(参考計算書A又はB) (サービス提供体制強化加算届出時のみ)		

- 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。

担当者連絡先	
提出いただいた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。	
事業所名	デイサービス
担当者名	荒川 健太郎
連絡先	(電話) 03 - ×××× - ×××× (FAX) 03 - ×××× - ××××

A6 みなし

第1号事業指定申請書

年 月 日

荒川区長 殿

所在地 東京都荒川区荒川2-2-3

申請者 名称 株式会社 介護保険

代表者の職・氏名 代表取締役 東京 一 印

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

申請者	フリガナ	カブシキガイシャ カイゴホケン											
	名称	株式会社 介護保険											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 1 1 6 - 8 5 0 1 ) 東京 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">都</span> 道 荒川 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">郡</span> 市 荒川 2 - 2 - 3											
	申請者連絡先	電話番号	0 3 - 3 8 0 2 -					FAX番号	0 3 - 3 8 0 2 -				
	法人の種別	営利法人											
代表者の職・氏名 生年月日	職名	代表取締役				フリガナ	トウキョウ ハジメ			生年月日			
						氏名	東京 一			年 月 日			
代表者の住所	(郵便番号 1 1 6 - 0 0 1 2 ) 東京 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">都</span> 道 荒川 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">郡</span> 市 東尾久 一 一 ビル 4 0 1												
指定を受けようとする事業所	フリガナ	マルマルデイサービス											
	名称	デイサービス											
	事業所等の所在地	(郵便番号 1 1 6 - 0 0 0 2 ) 東京 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">都</span> 道 荒川 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">郡</span> 市 荒川 一 一											
	事業所連絡先	電話番号	0 3 - 3 8 0 2 -					FAX番号	0 3 - 3 8 0 2 -				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等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年月日	業等	様式							
第1号事業	第1号訪問事業				付表1								
第1号事業	第1号通所事業		平成 年 月 日	平成 年 月 日	付表2								
介護保険事業者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 (当該事業所が既に他のサービスで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)												

欄外の記入例をご一読のうえご記入ください。

- 「法人の種別」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」等の別を記入してください。
- 「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、「 」を記入してください。

記入例

同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等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年月日
第1号訪問事業			平成27年4月1日
第1号通所事業		平成28年8月1日	

- 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入してください。
- 「既に指定等を受けている事業等の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日(医療介護総合確保推進法附則第13条に基づき指定があったものとみなされたときは、「平成27年4月1日」)を記入してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に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、そのすべてを記載してください。

付表2 第1号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	マルマルデイサービス										
	名称	デイサービス										
	所在地	(郵便番号 116-0002) 東京都荒川区荒川										
	連絡先	電話番号	03-3802-				FAX番号	03-3802-				
管理者	フリガナ	アラカワ ケンタロウ			住所	(郵便番号 116-0003)						
	氏名	荒川 健太郎				荒川区南千住 マンション201						
	生年月日	平成	年	月	日							
	当該第1号通所事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)				事業所等名称								
				兼務する職種及び勤務時間等								
実施単位数	1 単位		事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限						20 人			
第1号通所事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積				病院・診療所・訪問看護ステーションと連携している場合の連携先								
75 m <sup>2</sup>				都庁訪問看護ステーション								
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積								20 人		75 m <sup>2</sup>		
単位別従業者	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無			
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)	1	1	1		1	1					
非常勤(人)				1	2			2	(有)・無			
主な揭示事項	定員	人										
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	12月31日から1月3日	
	営業時間	平日	9:00 ~		17:30		土曜	9:00 ~		17:30	日曜・祝日	~
		サービス提供時間	10:00 ~ 16:30									
	利用料	法定代理受領分	介護報酬告示上の額の1割又は2割(負担割合証の割合に準ずる)									
		法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額									
	その他の費用											
通常の事業実施地域	荒川区			台東区								
備考												
添付書類	別添のとおり											

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別様に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 本事業所内で複数の単位を実施する場合には、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、「付表2-1(別紙)」に記載し、添付してください。
- 従業員の員数については、総数を記載してください。
- 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。
- 第1号通所事業と介護保険法第8条第17項で定められた地域密着型通所介護の事業とが同一の事業所において一体的に運営される場合については、本表に代えて、荒川区指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則(平成18年荒川区規則第37号。以下「地域密着型指定規則」という。)別記第1号様式の付表3を用いることもできます。この場合、地域密着型指定規則の付表3中の、「地域密着型通所介護」は「地域密着型通所介護及び第1号通所事業」と、「当該指定地域密着型サービス」は「当該指定地域密着型サービス及び第1号通所事業」と読み替えるものとします。(日本工業規格A列4番)

事業所	フリガナ																			
	名称																			
2	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																	人	m <sup>2</sup>	
	単位別従業者		生活相談員			看護職員			介護職員			機能訓練指導員			病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無					
			専従	兼務		専従	兼務		専従	兼務		専従	兼務							
		常勤(人)																		
	非常勤(人)																有・無			
	主な揭示事項	定員	人																	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
	営業時間	平日									土曜					日曜・祝日				
		サービス提供時間																		
		備考																		
3	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																	人	m <sup>2</sup>	
	単位別従業者		生活相談員			看護職員			介護職員			機能訓練指導員			病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無					
			専従	兼務		専従	兼務		専従	兼務		専従	兼務							
		常勤(人)																		
	非常勤(人)																			有・無
	主な揭示事項	定員	人																	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
	営業時間	平日									土曜					日曜・祝日				
		サービス提供時間																		
		備考																		
4	当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積																	人	m <sup>2</sup>	
	単位別従業者		生活相談員			看護職員			介護職員			機能訓練指導員			病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無					
			専従	兼務		専従	兼務		専従	兼務		専従	兼務							
		常勤(人)																		
	非常勤(人)																			有・無
	主な揭示事項	定員	人																	
		営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
	営業時間	平日									土曜					日曜・祝日				
		サービス提供時間																		
		備考																		

(参考様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

( 年 月分)

サービス種類(第1号通所事業)

事業所名 ( デイサービス )

営業時間		9:00 ~ 17:30							サービス提供時間							10:00 ~ 16:30 (1単位目)							4週 の 合計	備考								
職 種	勤務 形態	氏 名 *	第 1 週							第 2 週							第 3 週								第 4 週							
			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	A	荒川 健太郎																												160	介護職兼務  機能訓練指導員兼務 同一敷地内老健業務  1 都庁訪問看護ステーションと連携 生活相談員兼務  同一敷地内老健業務 同一敷地内老健業務	
生活相談員	A	町屋 康一郎																											160			
生活相談員	B	尾久 二郎																											32			
看護職員	A	看護 緑																											160			
看護職員	D	看護 しのぶ																											12			
看護職員		連携先職員																											12			
介護職員	B	尾久 二郎																											128			
介護職員	A	介護 真司																											160			
介護職員	C	介護 花子																											64			
介護職員	C	介護 純子																											72			
機能訓練指導員	D	看護 しのぶ																											4			
機能訓練指導員	D	機能 元子																											4			

病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携によって看護職員を確保している場合、備考欄には連携先の名称を記載してください。

病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携によって看護職員の確保をしている場合には、空欄で構いません。

事業所において健康状態の確認等を行う時間を記載してください。

備考1 \* 欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 勤務形態の欄には、下記区分のとおり記載してください。

**勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：非常勤で専従 D：非常勤で兼務**

3 従業者全員(管理者を含む。)について勤務時間ごとに番号を付し、4週分の勤務すべき時間数を記入してください。

**勤務時間**  
 8:30 ~ 17:30(8時間) 9:00 ~ 13:00(4時間) 13:00 ~ 17:30(4.5時間)  
 8:30 ~ 10:00、12:00 ~ 16:30(6時間) 10:00 ~ 12:00(2時間) 10:00 ~ 15:30(5.5時間)

4 従業者に兼務がある場合は、兼務内容を備考欄に記入してください。

5 複数単位の場合は、「単位区分」欄に単位番号を記入し、単位ごとに勤務表を作成してください。

【注意事項】

常勤・非常勤の区分について

・当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいう。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時間勤務する従業者は常勤となる)

当該事業所で兼務がある場合の書き方について

・看護職員と機能訓練指導員を兼務するような場合にあつては、当該従業員が1日に勤務すべき時間数を、看護関連業務を行う時間と機能訓練関連業務を行う時間とに按分し、それぞれ勤務時間ごとに番号を付して記入すること。

(日本工業規格A列4番)



(参考様式2)

## 常勤職員の勤務時間に関する調べ

記入例

(\* 就業規則がある場合は、就業規則を提出してください)

例示)

月曜日から金曜日までの勤務が9:00~17:00、休憩時間1時間の1日7時間勤務、土曜日の勤務が9:00~15:00、休憩時間1時間の1日5時間勤務で、休日が日曜・祝日の場合

1日あたりの労働時間 -

勤務日 -	月	~	金	曜日
-------	---	---	---	----

始業時間 -	9	時	00	分
--------	---	---	----	---

終業時間 -	17	時	00	分
--------	----	---	----	---

休憩時間	1	時間
------	---	----

計	7	時間(A)
	5	日勤務(B)

1日あたりの労働時間 -

勤務日			土	曜日
-----	--	--	---	----

始業時間	9	時	00	分
------	---	---	----	---

終業時間	15	時	00	分
------	----	---	----	---

休憩時間	1	時間
------	---	----

計	5	時間(C)
	1	日勤務(D)

休日

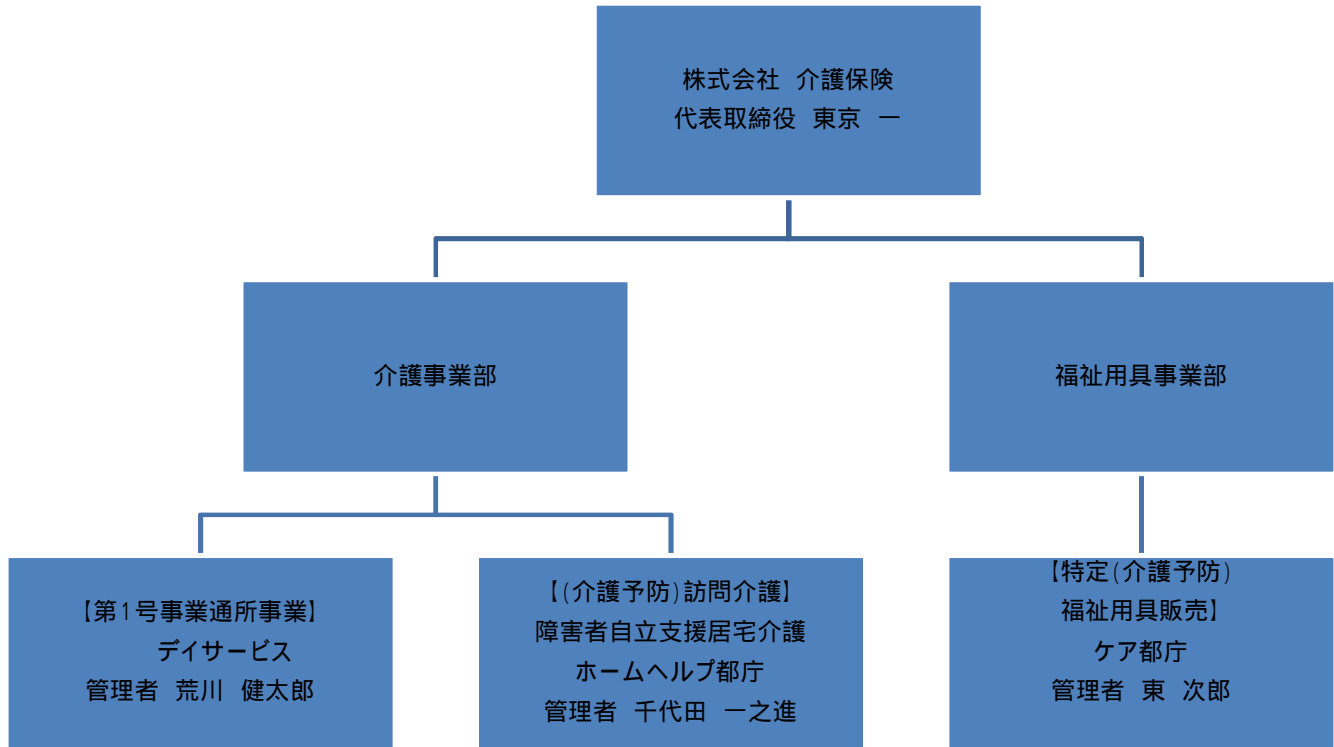
土曜日	
日曜日	
( )曜日	
祝日	
会社の指定する日	

週あたりの労働時間

$$((A) \times (B)) + ((C) \times (D)) = \boxed{40} \text{ 時間}$$

<備考> 1 業務の都合により、始業・終業時間を繰り上げまたは繰り下げする場合がある。  
2 業務の都合により、所定時間を越えて労働を命じることがある。  
3 業務の都合により、休日に労働を命じることがある。  
上記1から3の労働を命ずる場合は、本人と事前に協議する。

組織体制図



《生活相談員》  
町屋 康一郎  
尾久 二郎

《看護職》  
看護 緑  
看護 しのぶ

《介護員》  
尾久 二郎  
介護 真司  
介護 花子  
介護 純子

《機能訓練指導員》  
看護 しのぶ  
機能 元子

《サービス提供責任者》  
介護福祉士 中央 二葉  
訪問介護員1級 港 三千子  
《訪問介護員》  
訪問介護員1級 新宿 四郎  
訪問介護員2級 文京 五朗

《福祉用具専門相談員》  
京 鶴美  
都 亀夫

法人・事業所内の指揮命令系統  
及び  
同一敷地内の他事業所との兼務関係  
がわかるように記入してください。

(参考様式3)

記入例

デイサービス

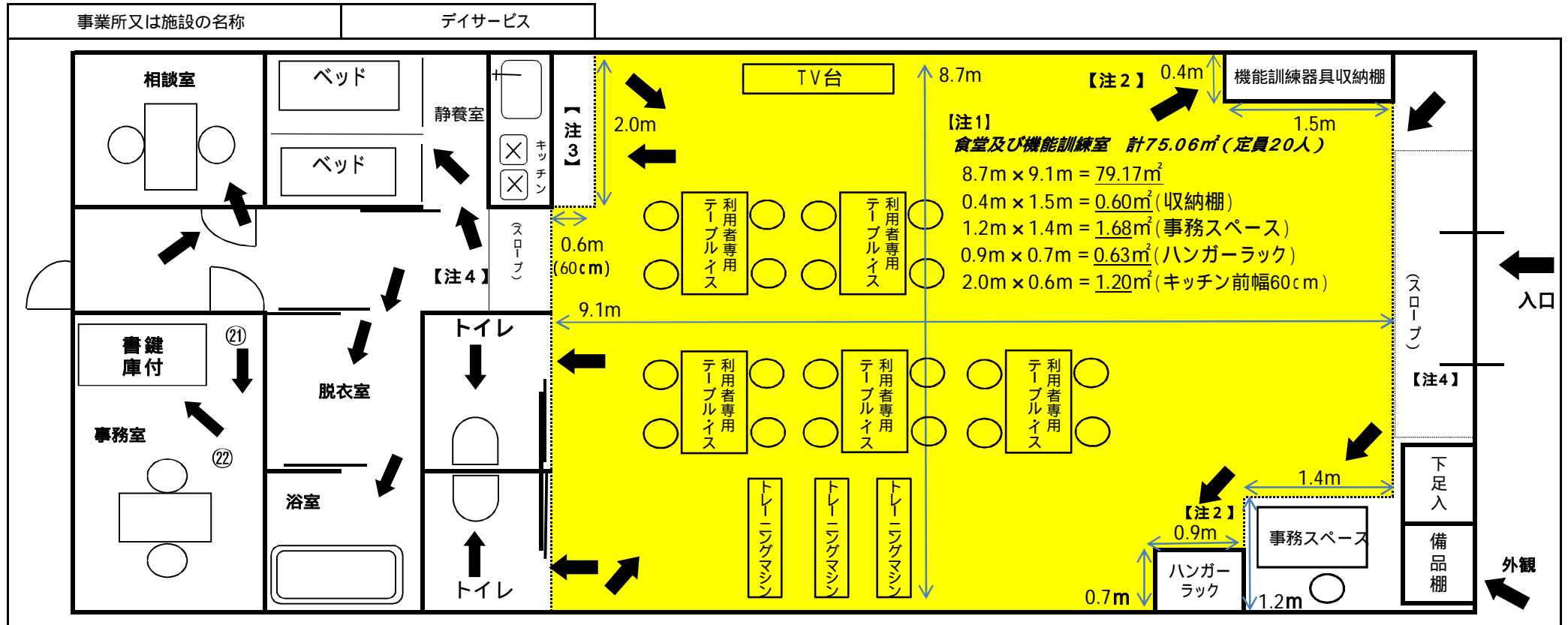
# サービス提供実施単位一覧表

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	備考
8:00							単位1 第1号通所介護 定員 20人
9:00	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎	
10:00	1日 6時間 30分	1日 6時間 30分	1日 6時間 30分	1日 6時間 30分	1日 6時間 30分	1日 6時間 30分	
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎	送迎	
17:00							
18:00							
19:00							

- 備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。なおサービス提供単位の時間には、送迎の時間は含みません。
- 2 サービス提供単位ごとのサービス内容が分かるもの(日課表等)を添付してください。



(参考様式5)  
事業所の平面図等



面積は内法により測定し、記載してください。  
 添付する写真の番号と撮影方法を図示してください。  
 参考様式5の他に建築図面の提出も併せてお願いします。

原則として相談室と静養室は外側と内側を撮影してください。(プライバシー確保の確認のため)

(日本工業規格A列4番)

【注1】 食堂及び機能訓練室の面積算出については、算定した根拠となる計算式を表示してください。(面積は内法で算出してください)

【注2】 収納棚、什器、ハンガーラック、事務スペース、備品置き等の利用者が機能訓練等に利用できない部分は食堂兼機能訓練室の面積から除外してください。

【注3】 キッチンが食堂兼機能訓練室と接する場合、原則、キッチン前のスペース(60cm幅)は職員のみが使用するため食堂兼機能訓練室の面積から除外してください。

【注4】 通路・廊下相当・スロープ形状の部分は食堂兼機能訓練室の面積に含めることはできません(機能訓練の一環として使用する場合でも不可。)

【注5】 他の事業や他の単位を同時に運営する場合、食堂兼機能訓練室の面積には、他の事業・単位の職員や利用者が通行する通路部分(70cm幅)を含めることはできません。

(参考様式5 - 1)

設備・備品等一覧表

設備・備品等	設置状況(いずれかに 記載)	又は数量
食堂	あり	なし
機能訓練室	あり	なし
静養室	あり	なし
相談室	あり	なし
事務室	あり	なし
消火器	あり	なし
屋内消火栓設備	あり	なし
スプリンクラー設備	あり	なし
自動火災報知設備	あり	なし
漏電火災警報器	あり	なし
火災通報装置( 1)	あり	なし
非常警報設備	あり	なし
避難器具	あり	なし
誘導灯	あり	なし
自動火災報知設備と火災通報装置の 連動化( 2)	あり	なし
パチンコ台		0 台
マーじゃん台		0 台
スロットマシン		0 台
テレビゲーム機		0 台
ピンボール		0 台
ルーレット台		0 台
トランプ及びトランプ台		0 台

<備考>

1: 火災通報装置とは、消防機関へ通報できる火災報知設備です。

2: 自動火災報知設備と火災通報装置の連動化とは、自動火災報知機が火災を感知し、人の手を介在することなく火災通報装置が作動し、消防機関へ通報できる仕組みのことです。

(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

事業所名	デイサービス
------	--------

### 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  
連絡先 TEL 03 - 5320 - FAX 03-5388 -  
担当者名 荒川 健太郎  
受付時間 9:00 ~ 18:00  
担当者が不在の場合の対応  
.....

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情原因の把握  
.....

検討会の開催  
.....

改善の実施  
.....

解決困難な場合  
.....

再発防止  
.....

事故発生時の対応など  
.....

3 その他参考事項  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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。  
(日本工業規格A列4番)

## 事業計画書

### 1 事業運営の基本方針（基本理念、方針）

- (1) 良質なサービスを提供できるよう、………する。
- (2) 従事職員の資質の向上を図るため、………していきます。
- (3) ………行います。

### 2 利用者確保の取組み策

サービス実施地域内の………を訪問するほか、………等を実施して、利用者を増やしていく。

### 3 従業者の採用状況

月 日に、採用予定者 人と雇用契約を締結した。  
また、残りの 人とは 月 日までに雇用契約を締結する予定である。

### 4 従業者の研修

事業の開始にあたって、………研修を実施する。  
また、年 回、定期的に………研修を実施していく。

### 5 損害賠償責任保険加入の有無

損害保険会社と契約を取り交わす予定である。

### 6 サービス提供計画

早朝、夜間及び深夜サービスも実施する。  
また、巡回サービスについては、体制が整い次第実施する予定である。

### 7 利用者見込み数

毎月の利用者見込みについては、別添の収支計画書のとおりである。

### 8 資金計画（運転資金）

月までの不足額 円については、銀行から融資を受ける予定である。

### 9 既に指定を受けているサービス

訪問介護事業所 3 ヶ所、福祉用具貸与事業所 2 ヶ所の指定を受けている。

### 10 事業運営に必要なとなる書面（契約書等）の準備状況

現在、指定日までに間に合うよう重要事項説明書、契約書、計画書………など必要書面を準備している。



(参考様式8)

## 収 支 予 算 書 ( 例 )

記入例

(施設名) \_\_\_\_\_ デイサービス

平成 年

事業開始月

(単位：千円)

		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	合計
収入見込み	利用者見込数	5人	10人	15人	20人	25人	30人	35人	40人	45人	50人	55人	60人	
	月平均利用額 (1人当たり)	50	50	50	50	55	55	55	55	60	60	60	60	
	介護報酬受入れ額	0	0	250	500	750	1,000	1,375	1,650	1,925	2,200	2,700	3,000	15,350
	諸収入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計(A)	0	0	250	500	750	1,000	1,375	1,650	1,925	2,200	2,700	3,000	15,350
支出見込み	人件費	300	300	525	700	962	1,155	1,418	1,610	1,960	2,184	2,394	2,604	16,112
	旅費、交通費		5	10	10	15	15	20	20	25	25	30	30	205
	事務所賃借費	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	1,080
	通信費	20	20	20	20	20	20	25	25	25	25	25	25	270
	諸経費	100	100	50	50	50	50	60	60	60	60	60	60	760
	合計(B)	510	515	695	870	1,137	1,330	1,613	1,805	2,160	2,384	2,599	2,809	18,427
利益(A - B)	-510	-515	-445	-370	-387	-330	-238	-155	-235	-184	101	191	-3,077	

事業開始月から1年分、作成してください。(更新の場合は前年度分を添付してください)

介護報酬は、国保連に請求した月の翌月末に振り込まれます

(例：4月サービス提供分は、5月に請求し、6月末に振り込まれます。)

経費には、消耗品費、光熱水費、車両管理費、研修費、宣伝広告費、租税公課、社会保険料、借入金返済、レンタル料等が見込まれます。

通所介護事業者は、介護保険外サービス分を見込める場合は、諸収入に入ります。

(参考様式9)

役員名簿（申請者が法人）

(ふりがな) 氏 名	生年月日	住 所
	役職名・呼称	
とうきょう はじめ 東京 一	昭和 年 月 日生 (役職名) 代表取締役	〒116-0012 荒川区東尾久 一 一 ビル 401
	年 月 日生 (役職名)	〒 -
	年 月 日生 (役職名)	〒 -
	年 月 日生 (役職名)	〒 -
	年 月 日生 (役職名)	〒 -
	年 月 日生 (役職名)	〒 -
	年 月 日生 (役職名)	〒 -
	年 月 日生 (役職名)	〒 -
	年 月 日生 (役職名)	〒 -
	年 月 日生 (役職名)	〒 -
	年 月 日生 (役職名)	〒 -

- 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。）
- 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。

(参考様式10)

介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

荒川区長 殿

申請者 所在地 荒川区荒川2-2-3  
名称 株式会社 介護保険  
代表者の職・氏名 代表取締役 東京 一

印

申請者が下記に該当しないことを誓約します。

記

(介護保険法第115条の45の5第2項)

市長村長は、前項の申請があった場合において、申請者が厚生労働省令で定める基準に従って適正に第1号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

(介護保険法施行規則第140条の63の6)

法百十五条の四十五の五第二項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。

一 第一号事業(第一号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準

イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成二十七年厚生労働省令第四号)附則第二条第三号若しくは第四条第三号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号。口において「旧指定介護予防サービス等基準」という。)に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十七号。口において「指定介護予防支援等基準」という。)に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準

ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス(旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。)に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準

ハ 平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定する離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成二十六年改正前法第五十四条第一項第三号又は法第五十九条第一項第二号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準

ニ 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

(参考様式11)

## 老人福祉法上の届出チェックリスト

届出者(法人名)	株式会社 介護保険		
訪問介護	(事業所名		)
老人デイサービスセンター	(施設名	デイサービス	)
老人短期入所施設	(施設名		)
担当者連絡先	TEL: 3802 -	FAX: 3802 -	(担当者 荒川 健太郎)
	メールアドレス:	- @	ne.jp

\* あてはまる箇所にチェック( Vまたは )をお願いします。

\* 「いいえ」と答えた項目については、それぞれ所定の手続きを行ってください。

- 届出に必要な添付書類はすべて揃っていますか。 はい いいえ  
特に以下の書類はありますか。  
土地及び建物に係る権利関係を明らかにする書類 (老人デイサービスセンター・老人短期入所施設)  
例) 登記簿謄本または賃貸借契約書(公設は設置条例等)
- 就業規則について  
就業規則を作成してますか。 はい いいえ  
所管の労働基準監督署に届出していますか。 はい いいえ  
(届出義務は常時10人以上の労働者を雇用する場合)
- 消防・建築関係について(老人デイサービスセンター・老人短期入所施設)  
所管の消防署に「防火対象物使用開始届」等の必要な届出はしていますか。 はい いいえ  
で「いいえ」の場合は、今後の届出予定日を記入。 [ ]  
当該施設は、消防法・建築基準法等関係法令に適合したものとなっていますか。 はい いいえ  
老人デイサービスセンター等は、消防法・建築基準法等により、構造等の制約がある場合があるため、事前に確認をお願いします。
- 食事の提供に関して (老人デイサービスセンター・老人短期入所施設)  
施設内で調理をしていますか。 はい いいえ  
保健所への集団給食の届出をしているか、または営業許可を受けていますか。 はい いいえ  
で「いいえ」の場合は、その理由。  
(例: 保健所では××のため不要 等) [食事の提供が無いため不要]
- 医務室について (老人短期入所施設のみ)  
施設内に医務室を設けていますか。 はい いいえ  
保健所の許可を受けていますか。 はい いいえ



(加算届)

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書(加算届)  
<指定第1号事業者用>

平成 年 月 日

荒川区長 殿

所在地 荒川区荒川2-2-3  
名称 株式会社 介護保険  
代表者氏名 代表取締役 東京 - 印

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。

フリガナ 名称	カブシキカイシャ カイゴホケン 株式会社 介護保険										
届主たる事務所の所在地	(郵便番号116-8502) 東京都 荒川区 荒川2-2-3 (ビルの名称等)										
出連絡先	電話番号	03-3802-			FAX番号	03-3802-					
法人である場合その種別	営利法人		法人所轄庁								
代表者の職・氏名	職名	代表取締役			氏名	東京 -					
代表者の住所	(郵便番号116-0012) 東京都 荒川区 東尾久 - - ビル 401										
事業主たる事業所の所在地	(郵便番号116-0002) 東京都荒川区荒川〇-〇-〇 事業所名: デイサービス										
事業所連絡先	電話番号	03-3802-			FAX番号	03-3802-					
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116 ) 東京都荒川区										
状況連絡先	電話番号				FAX番号						
管理者の氏名	荒川 健太郎										
管理者の住所	(郵便番号116-0003) 東京都 荒川区 南千住 - - マンション201										
状況事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分			異動(予定)年月日	異動項目(変更の場合)	市町村が定める単位の有無(市町村記載)			
	指定第1号訪問事業		1新規	2変更	3終了			1有 2無			
指定第1号通所事業		〇年 月 日	1新規	2変更	3終了			1有 2無			
地域密着型サービス事業所番号等											
指定を受けている市町村	荒川区・台東区										
介護保険事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	(指定を受けている場合)
既に指定等を受けている事業											
医療機関コード等											
特記事項	変更前					変更後					
関係書類	別添のとおり										

指定更新時の場合は「新規」をつけて下さい。

- 備考1 「法人である場合その種別」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。
- 2 「法人所轄庁」欄、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。
- 3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された又は指定される予定年月日(荒川区介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱附則の2に基づき指定があったものとみなされたときは、「27.4.1」)を記載してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目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 - 4)

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表(保険者独自サービス)

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他の該当する体制等							割引	
A2 訪問型サービス(独自)			サービス提供責任者体制の減算	1 なし	2 あり						1 なし 2 あり
			特別地域加算	1 なし	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)	1 非該当	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)	1 非該当	2 該当						
			介護職員処遇改善加算	1 なし 4 加算	6 加算	5 加算	2 加算	3 加算			
A6 通所型サービス(独自)			職員の欠員による減算の状況	① なし	2 看護職員	3 介護職員					① なし 2 あり
			若年性認知症利用者受入加算	① なし	2 あり						
			生活機能向上グループ活動加算	① なし	2 あり						
			運動器機能向上体制	1 なし	② あり						
			栄養改善体制	① なし	2 あり						
			口腔機能向上体制	① なし	2 あり						
			選択的サービス複数実施加算	① なし	2 あり						
			事業所評価加算(申出)の有無	① なし	2 あり						
			サービス提供体制強化加算	① なし	4 加算	イ 2 加算	ロ 3 加算				
			介護職員処遇改善加算	1 なし 4 加算	⑤ 加算	5 加算	2 加算	3 加算			

介護予防・日常生活支援総合事業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		
A2 訪問型サービス（独自）			サービス提供責任者体制の減算	1 なし	2 あり
			特別地域加算	1 なし	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）	1 非該当	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）	1 非該当	2 該当
A6 通所型サービス（独自）			職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員 3 介護職員
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし	2 あり
			運動器機能向上体制	1 なし	2 あり
			栄養改善体制	1 なし	2 あり
			口腔機能向上体制	1 なし	2 あり
			事業所評価加算（申出）の有無	1 なし	2 あり

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。



サービス提供体制強化加算に関する届出書  
(第1号通所事業通所介護)

1 事業所名	デイサービス
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算( )イ      2 サービス提供体制強化加算( )ロ 3 サービス提供体制強化加算( )

4 介護福祉士等の状況	介護職員の総数 (常勤換算)	人	に占めるの割合が50%以上	有・無
	のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		
			に占めるの割合が40%以上	有・無
5 勤続年数の状況	サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	に占めるの割合が30%以上	有・無
	のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

参考計算書(A)有資格者の割合の計算用

「介護福祉士の割合の算出」について、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く)の平均を用いて計算します。  
 (例)平成28年度については、平成27年4月から平成28年2月までの常勤換算により算出した毎月の数値の平均をもって判断します。  
 なお、常勤換算人数の計算に当たっては、計算の都度、小数点第2位以下は切り捨てて計算してください。

1 当該事業所で、各月において常勤職員が1ヶ月(4週)に勤務する総時間数は、それぞれ何時間ですか？

[A]

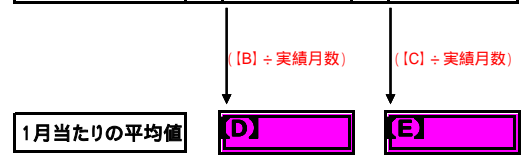
(注)新規事業所等は、下表のうち3月分の欄を使用して計算してください。

2 各月ごとに、実績数を元に常勤換算方法により、人数を計算してください。

月	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
4月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 1)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
5月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 3)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
6月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 4)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
7月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 5)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
8月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 6)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
9月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 7)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
10月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 8)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
11月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 9)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
12月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 10)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
1月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 11)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
2月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 12)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
3月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 13)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
4月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 14)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
5月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 15)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
6月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 16)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
7月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 17)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
8月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 18)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
9月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 19)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
10月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 20)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間
11月	(常勤換算人数の計算)	(ア) ÷ [A] = 21)	<input type="text"/> 人
	介護福祉士の総勤務時間数	(イ)	時間
12月	(常勤換算人数の計算)	(イ) ÷ [A] = 22)	<input type="text"/> 人
	介護職員の総勤務時間数	(ア)	時間

3 各月の常勤換算後の人数を転記してください。

月	常勤換算人数	
	介護職員	介護福祉士
4月	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>
5月	3) <input type="text"/>	4) <input type="text"/>
6月	5) <input type="text"/>	6) <input type="text"/>
7月	7) <input type="text"/>	8) <input type="text"/>
8月	9) <input type="text"/>	10) <input type="text"/>
9月	11) <input type="text"/>	12) <input type="text"/>
10月	13) <input type="text"/>	14) <input type="text"/>
11月	15) <input type="text"/>	16) <input type="text"/>
12月	17) <input type="text"/>	18) <input type="text"/>
1月	19) <input type="text"/>	20) <input type="text"/>
2月	21) <input type="text"/>	22) <input type="text"/>
合計	[B] <input type="text"/> 0.0	[C] <input type="text"/> 0.0



[E]  人

[D]  人 × 100% =  % [F]

上記[F]の数値が、サービス種類ごとに定められる割合以上であれば、算定できます。

<p>サービス提供体制強化加算( )イの要件</p> <p>介護福祉士の割合が50%以上</p>
<p>サービス提供体制強化加算( )ロの要件</p> <p>介護福祉士の割合が40%以上</p>

参考計算書(B) 勤続3年以上職員の割合の計算用

「勤続3年以上職員の割合の算出」については、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。\*)の常勤換算により算出した、毎月の数値の平均をもって判断します。【(例)平成28年度であれば、平成27年4月から平成28年2月まで】

なお、常勤換算人数の計算に当たっては、計算の都度、小数点第2位以下は切り捨てて計算してください。

1 当該事業所で、各月において常勤職員が1ヶ月(4週)に勤務する総時間数は、それぞれ何時間ですか？

[A]  当該月の常勤の総勤務時間

2 各月ごとに、実績数を元に常勤換算方法により、人数を計算してください。

3 各月の常勤換算後の人数を転記してください。

(注) 新規事業所等は、下表のうち3月分の欄を使用して計算してください。

直接提供職員とは、『生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員』を指します。

月	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
4月	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 1$	<input type="text"/> 人
	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 2$	<input type="text"/> 人
5月	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 3$	<input type="text"/> 人
	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
6月	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 4$	<input type="text"/> 人
	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 5$	<input type="text"/> 人
7月	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 6$	<input type="text"/> 人
	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
8月	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 7$	<input type="text"/> 人
	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 8$	<input type="text"/> 人
9月	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 9$	<input type="text"/> 人
	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
10月	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 10$	<input type="text"/> 人
	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 11$	<input type="text"/> 人
11月	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 12$	<input type="text"/> 人
	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
12月	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 13$	<input type="text"/> 人
	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 14$	<input type="text"/> 人
1月	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 15$	<input type="text"/> 人
	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
2月	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 16$	<input type="text"/> 人
	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 17$	<input type="text"/> 人
3月	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 18$	<input type="text"/> 人
	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
4月	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 19$	<input type="text"/> 人
	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 20$	<input type="text"/> 人
5月	直接提供職員の総勤務時間数	(ア)	時間
	(常勤換算人数の計算)	$(ア) \div [A] = 21$	<input type="text"/> 人
	勤続3年以上職員の総勤務時間数	(イ)	時間
6月	(常勤換算人数の計算)	$(イ) \div [A] = 22$	<input type="text"/> 人

	常勤換算人数	
	直接提供職員	勤続3年以上職員
4月	1) 0.0	2) 0.0
5月	3) 0.0	4) 0.0
6月	5) 0.0	6) 0.0
7月	7) 0.0	8) 0.0
8月	9) 0.0	10) 0.0
9月	11) 0.0	12) 0.0
10月	13) 0.0	14) 0.0
11月	15) 0.0	16) 0.0
12月	17) 0.0	18) 0.0
1月	19) 0.0	20) 0.0
2月	21) 0.0	22) 0.0
合計	[B] 0.0	[C] 0.0

1月当たりの平均値  $([B] \div \text{実績月数})$   [D]  $([C] \div \text{実績月数})$   [E]

$([E] \div [D]) \times 100\% =$   % [F]

上記[F]の数値が、サービス種類ごとに定められる割合以上であれば、算定できます。

勤続年数3年以上の者が30%以上