

介護予防・日常生活支援総合事業指定
第1号事業者指定申請書（記載例）

（訪問型サービス）

多賀城市保健福祉部

介護・障害福祉課

1 指定申請書

様式第1号（第2条関係）

多賀城市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定(更新)申請書

多賀城市長 殿

年 月 日

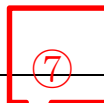
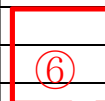
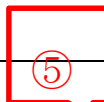


所在地 多賀城市中央〇丁目〇番〇号
 申請者 名称 株式会社 多賀城介護サービス
 代表取締役社長 多賀城 太郎

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者に係る（指定・更新）を受けるため、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	フリガナ	カフシカ イヤ カゴジョウカイゴサービス				
	名称	株式会社 多賀城介護サービス				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 985-0873) 多賀城市中央〇丁目〇番〇号 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	022-368-〇〇〇〇	FAK番号	022-368-〇〇〇〇	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁			
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ カゴジョウ タロウ	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	氏名	多賀城 太郎				
代表者の住所	(郵便番号 985-〇〇〇〇) 多賀城市高橋〇丁目〇番〇号 (ビルの名称等)					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ					
	事業所等の所在地	(郵便番号 985-〇〇〇〇) 多賀城市中央〇丁目〇番〇号 (ビルの名称等)				
事業所の種類	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式	
	訪問型サービス	介護予防訪問介護相当サービス	○	令和〇年〇月〇日		付表 1-1 付表 1-2
	通所型サービス	介護予防通所介護相当サービス	○	令和〇年〇月〇日		付表 2-1
		通所型サービス A				付表 3-1 付表 3-2
通所型サービス C					付表 4-1 付表 4-2	
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名	〇〇市、〇〇町					
医療機関コード等						



①申請者

- ・申請者は、法人でなくてはなりません。法人の種類は問いません。

ただし、介護保険サービスの実施にあたって、認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更などの各手続きを済ませた上で、申請書類を提出してください。

- ・法人登記上、記載されている住所を記載します。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- ・法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載します。（例：「株式会社」を「(株)」等のように省略しないこと。）
- ・郵便番号、電話番号など誤りがないようよく確認して記入してください。

②法人所轄庁

- ・「法人の種類」が株式会社、合同会社等の場合は空欄とし、社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人などは、所管する（認可等を受けた）官庁を記入します。

③事業所名称

- ・名称中の空白に注意してください。記載どおり台帳登録しますので、正確に記入してください。

例：「ヘルパーステーション たがじょう」とするのか

「ヘルパーステーションたがじょう」とするのか。（前者は、空白あり）

- ・類似の名称がある場合、何かとトラブルが起きることが想定されますから、「厚生労働省介護サービス情報公表システム（宮城県）」
(<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/04/index.php>)
により、調査、確認の上、事業所名称を決めてください。

④事業所の住所

- ・事業所の住所は正しく記入してください。住所の表示と土地の地名が異なる場合があります、特に住居表示実施地域は土地の地番と必ず異なりますので注意してください。

⑤指定等を受けようとする事業等

- ・指定等を受けようとする事業等に“○”を付してください。

⑥事業開始等予定年月日

- ・申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。

例：令和〇〇年5月中に受理の見込み→令和〇〇年7月1日

⑦既に指定等を受けている事業等

- ・同一敷地内・同一申請者により既に指定等を受けている総合事業がある場合に、記入してください。

2 指定に係る記載事項

付表 1-1 介護予防訪問介護相当サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	〇〇ヘルパージギョウシヨ		
	名称	〇〇ヘルパー事業所		
	所在地	(郵便番号 985 - 0873) 多賀城市中央1丁目〇番〇号		
	連絡先	電話番号	022-×××-××××	FAX 番号
メールアドレス		〇〇〇@〇〇〇.〇〇.jp		
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 条第 項第 号		
管理者	フリガナ	タガジヨウ タロウ	住所	(郵便番号 980-××××)
	氏名	多賀城 太郎		〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
	生年月日	昭和××年×月×日		コーポ〇〇 ×××号室
	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	-----		
サービス提供責任者	フリガナ	タガジヨウ ハコ	住所	(郵便番号 980-×××××)
	氏名	多賀城 花子		〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
	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)		1	2	
非常勤(人)		1		
⑤ 常勤換算後の人数(人)		2.8		
主な揭示事項	営業日	月曜日から金曜日とする。 ただし、国民の休日及び12月29日から1月3日までとする。		
	営業時間	午前9時から午後6時まで		
	利用料	法定代理受領分(1割、2割又は3割負担分) 利用者の介護保険負担割合に記載された割合に応じた額		
		法定代理受領分以外 介護報酬告示上の額、総合事業については市実施要領に記載された額		
	その他の費用	事業所の実施区域を超える交通費		
通常の事業実施地域	多賀城市、〇〇市〇〇区、〇〇市、△△町			

備考 1 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。

2 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。

3 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。

① 事業所名

- ・ 正確に記入してください。（特に、電話番号、メールアドレス等は誤りのないよう確認してください。）

② 管理者

- ・ 事業所で他の職務を兼務する場合にあっては、その職務名
⇒ 訪問介護事業所で他の職種と兼務する場合に記入します。
- ・ 同一敷地内の他の事業等の職務を兼務する場合にあっては、その事業所等の名称、兼務する職務名及び勤務時間
⇒ 同一法人で同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務する場合に記入します。

③ サービス提供責任者

- ・ サービス提供責任者の氏名、住所を記入します。

④ 従事者の職種・員数（サービス提供責任者を含む）

- ・ 訪問介護員等の数を、常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務の区分ごとに記入してください。その際、勤務状況一覧表と整合が取れているか確認してください。
- ⇒ 勤務形態の区分（A，B，C，D）は、常勤か非常勤か、専従か兼務かによって区別されています。

区分	専従	兼務
常勤	A	B
非常勤	C	D

- ・ 介護保険事業所上の常勤、非常勤、専従及び兼務の意味は次のとおりです。

常勤	正規職員、パート、派遣など雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤です。
非常勤	この事業所における勤務時間が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤です。正規職員であっても同一法人の他の事業所を兼務している場合などは、非常勤です。
専従	従業者が当該事業所の他の職種に従事していない場合や、管理者が同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の管理者として従事していない場合です。
兼務	従業者が当該事業所の他の職種又は管理者が同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の管理者として従事している場合です。

- ・ 管理者と兼務するサービス提供責任者は、常勤・兼務として記入します。
- ・ 「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）」の人数、常勤換算数と一致すること。
- ・ 管理者との兼務は可能ですが、勤務日においては、管理業務を半日以上することとしています。

例：管理者が月曜日から金曜日まで勤務するとして、

- 月曜日から金曜日の各日も管理者として4時間、サービス提供責任者と

して4時間勤務する場合

× 月曜日から木曜日まで管理者として勤務し、金曜日はサービス提供責任者として勤務する場合

⑤ 主な揭示事項

- ・「営業日」「営業時間」(事務所が開いている時間です。サービス提供可能時間ではありません。)は、運営規程に記載されている内容のとおり記入してください。
- ・「利用料」は、記入例のとおり記入していただければ結構です。

通常は、法定代理受領(現物給付)ですが、保険料滞納者などについては、支払方法が変更され、償還払い(いったん全額を利用者が負担する)とされます。

- ・「その他の費用」は、通常の事業の実施地域以外の場合の交通費(移動に要する実費)のみが該当します。
- ・「通常の事業の実施地域」は、運営規程に定めたとおりに記載してください。書ききれない場合は、「別記」とし、別に記載した用紙を添付してください。
- ・「通常の事業の実施地域」は、サービス提供地域ではなく、この地域以外の利用者であっても利用者が希望すればサービスを提供することができます。
- ・したがって、利用者の立場からは、通常の事業の実施地域が明確でないと不利益を被る場合もあるため、通常の事業の実施地域は客観的に定める必要があり、原則として、行政区画により規定します。

例:○ 多賀城市、塩竈市、仙台市宮城野区、若林区

× 多賀城市、塩竈市、仙台市宮城野区、若林区、「泉区の一部」

- ・事業者の立場からは、「通常の事業の実施地域」は、次のような意義があります。

ア 事業者は正当な理由なくサービスの提供を拒むことができないが、通常の事業の実施地域外であることは、サービス提供を拒む正当な理由があるとされる。

イ 通常の事業の実施地域以外の場合には、交通費(移動に要する実費)をその他の費用として徴収できる。

3 商業登記事項証明書【法人のみ】

- ・商業登記、法人登記の登記事項証明書(3か月以内に法務局から発行された原本)を添付してください。
- ・登記申請中で月末までに、商業登記事項証明書が提出できない場合は、補正依頼申立書と法務局の受領印が押してある登記申請書類を提出してください。

※法人の事業として明確に位置づけていることを確認するため、定款の目的に、「介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業」もしくは、「介護保険法に基づく第1号通所事業」と規定されているか確認してください。

4 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表

参考様式のファイルの「記入方法」シートを参考に記入してください。

5 サービス提供責任者経歴書

(参考様式3) 管理者とサービス提供責任者それぞれに作成してください。

サービス提供責任者経歴書

事業所又は施設の名称		〇〇ヘルパー事業所	
カナ	タガジョウ タロウ	生年月日	昭和××年×月×日
氏名	多賀城 太郎		
住所	(郵便番号 980-××××) 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 コーポ〇〇 ×××号室		
電話番号	022 (〇〇〇) △△△△		
主 な 職 歴 等			
年月日 ~ 年月日	勤 務 先 等		職 務 内 容
令和××年4月1日~	〇〇ヘルパー事業所		管理者兼サービス提供責任者
平成××年7月1日 ~令和××年3月31日	社会福祉法人〇〇市社会福祉協議会 〇〇訪問介護事業所		介護支援専門員
平成××年4月1日 ~平成××年6月30日	在宅		
平成××年1月1日 ~平成××年3月31日	社会福祉法人〇〇 ××居宅介護支援事業所		介護職員
昭和××年4月1日 ~平成××年12月31日	〇〇サービス訪問介護事業所		ホームヘルパー
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資格の種類		資格取得年月日	
介護福祉士 介護支援専門員		平成××年×月×日	
備考 (研修等の受講の状況等)			

(経歴書)

- ・ 主な職歴等については、現在からさかのぼって、5つの職歴等を記入してください。
- ・ 現在、他の職場に勤務している方については、その職場をいつ退職し、いつから申請者の職場に変わるのか分かるようにしてください。
- ・ 雇用関係を証する書類とは、当該の者が、すでに申請者の法人に雇用されている、又は指定日までに雇用することを示す「雇用契約書」「労働条件通知書（雇入通知書）」の写し（原本証明必要）です。雇用関係を証する書類の勤務場所は必ず当該事業所名にし、業務内容は当該事業所での職種にしてください。なお、「雇用契約書」「労働条件通知書（雇入通知書）」の勤務場所、職種が当該事業所のものになっていない場合は、当該事業所名、職種が明記された辞令等の写し（原本証明必要）も提出してください。

また、従業者が法人の役員であり、「雇用契約書」等が作成されていない場合は、辞令等の写し（原本証明必要）を提出してください。

※「辞令等の写し」の等とは、人事異動発令簿、異動通知等の写し（原本証明必要）を指します。

6 サービス提供責任者の資格証の写し

- サービス提供責任者は、次のいずれかの資格等が必要ですので、その資格等を証する書類のコピーを添付してください。
- ただし、実務経験証明書は原本が必要です。

資格等の種類	資格を証する書類	備 考
ア 介護福祉士	介護福祉士登録証	合格証書は、介護福祉士になる資格を得ただけなので不可 ※減算なし
イ 介護福祉士養成のための実務者研修の修了者	同研修の修了証書	※減算なし
ウ 介護職員基礎研修修了者	同研修の修了証書	(25年度から初任者研修修了者程度とみなされた) ※減算なし
エ 訪問介護に関する研修一級課程修了者 (家庭奉仕員講習会一級課程修了者も含む)	同研修の修了証書	(訪問介護研修一級課程は、25年度から初任者研修修了者程度とみなされた) ※減算なし 保健師、看護師、准看護師で同研修を修了したと見なされる者は看護師免許証等
オ 初任者研修修了者又は訪問介護に関する研修二級課程(同)を修了した者であって、3年以上(かつ540日以上)介護等の業務に従事したもの	① 初任者研修修了証書 又は二級課程修了証書 ② 実務経験証明書 その者が介護職員として従事した期間及び日数を当該勤務先が証明したもの	①と②の両方が必要。 ②については、複数事業所での介護職員としての実務経験を合計し、3年以上かつ540日以上になっていることが必要。 (25年度から初任者研修修了者程度とみなされた) ※減算あり

- 結婚等により現在の姓と資格証の姓が異なる場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。

※住民票は、戸籍情報が記載されていないので不可です。

7 訪問介護員の資格証・修了証明書

- ・ 訪問介護員等の資格証・修了証明書は、A4サイズにコピーして添付してください。
- ・ 介護福祉士の合格証は不可。介護福祉士登録証を添付すること。
- ・ 結婚等により現在の姓と資格証の姓が異なる場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。
※ 住民票は、戸籍情報が記載されていないので不可です。

8 雇用関係を証する書類

- ・ 雇用関係を証する書類とは、当該の者が、すでに申請者の法人に雇用されている、又は指定日までに雇用することを示す「雇用契約書」「労働条件通知書（雇入通知書）」の写し（原本証明必要）です。雇用関係を証する書類の勤務場所は必ず当該事業所名にし、業務内容は当該事業所での職種にしてください。なお、「雇用契約書」「労働条件通知書（雇入通知書）」の勤務場所、職種が当該事業所のものになっていない場合は、当該事業所名、職種が明記された辞令等の写し（原本証明必要）も提出してください。

また、従業者が法人の役員であり、「雇用契約書」等が作成されていない場合は、辞令等の写し（原本証明必要）を提出してください。

※「辞令等の写し」の等とは、人事異動発令簿、異動通知等の写し（原本証明必要）を指します。

9 就業規則

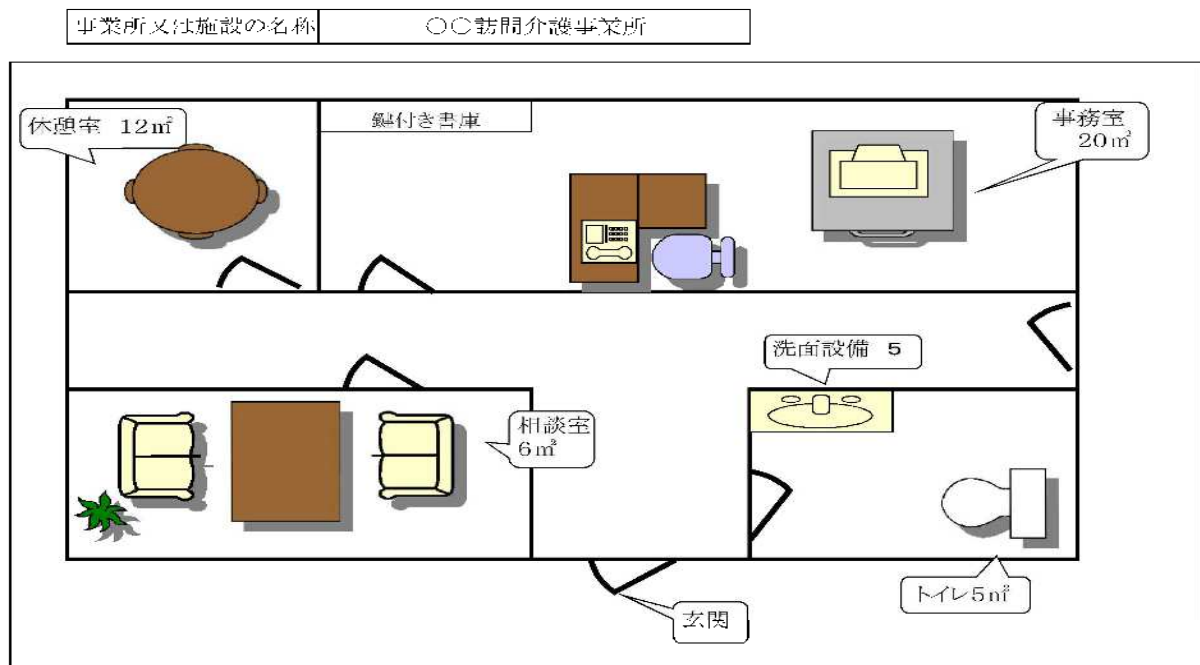
- ・ 常時10人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成し労働基準監督署へ届出することとされていますので、そのコピーを添付してください。
なお、短時間労働者、いわゆるパートタイマーであっても、「常時10人以上の労働者」となります。
参考：「訪問介護労働者の法定労働条件の確保について」平成16年8月27日付け厚生労働省労働基準局長通知（基発第0827001号）
- ・ 就業規則を作成する必要のない使用者は、提出する必要はありません。
- ・ ただし、当該事業所においては10人未満であるが、同一法人の他の事業所において就業規則を作成しており、その就業規則を当該事業所の職員にも適用する場合は、その就業規則を添付してください。

10 平面図

- ・ 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画が必要です。
 - 静養室 ※予防専門型通所サービスは必置。
 - 相談室（遮蔽物の設置等で、プライバシーを確保すること）
 - ※予防専門型通所サービスは必置。
 - 事務室
- ・ 他の事業所と同じ事務室を共用しても構いませんが、机などそれぞれの備品がどの事業所にあたるのか明確に区分し、トイレ、相談室など共用する場合はその旨明記してください。
- ・ サービス提供に必要な設備・備品（洗面所・トイレ・書庫など）も記載します。

(参考様式3)

事業所の平面図(訪問介護)



備考1 各区画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の区画分けが分かるように表示してください。

3 2F以上の建物に事業所を設ける場合は、1階と事業所のある階のフロア図を提出してください。

1.1 設備・備品等一覧表

(参考様式5)

設備・備品等一覧表

サービス種類 (訪問介護相当サービス)

事業所名・施設名 (●●●●●●)

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要 ①事務室 ②相談室 ③洗面所 非常災害設備等 ④消火器 ⑤火災通報装置 ⑥スプリンクラー ⑦自動火災報知設備	①個人情報の適切な取り扱い等に配慮した専用の事務スペースを設けている。また、利用者の個人ファイルは鍵付きのキャビネットに保管している。 ②相談者のプライバシーに配慮し、独立した部屋を設けている。 ③感染症予防を図るため、手指洗浄用の消毒液を設置している。 ④粉末系消火器を1か所に設置。 ⑤事務室に設置された自動通報装置により、緊急時には消防署に自動通報される体制を確保。 ⑥閉鎖型湿式スプリンクラー設置済み。 ⑦事務室、相談室にイオン化学式スポット型煙感知器を設置。	
備品の目録	備品の品名及び数量	適合の可否
<<事務室>> 机 イス キャビネット 電話 コピー機 パソコン <<相談室>> 机 イス	机 4個 イス 4脚 キャビネット 1台 電話 1台 コピー機 1台 パソコン 2台 机 2個 イス 4脚	

- 備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。
- 2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。
- 3 「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

1 2 運営規定

- ・ 運営規程には、次の内容を記載する必要があります。

【訪問型サービス】

1	事業の目的及び運営の方針	
2	従業者の職種、員数及び職務の内容	
3	営業日及び営業時間	
4	指定通所介護の内容及び利用料 その他の費用の額	
5	通常の事業の実施地域	客観的にその区域が特定されること。
6	緊急時等における対応方法	
7	虐待の防止のための措置に関する事項	令和6年3月31日までは努力義務
8	その他運営に関する重要事項	※職員研修等

- ・ 従業者の職種、員数は、（2）指定に係る記載事項及び（8）従業者の勤務体制及び勤務形態の記載と合致するようにしてください。
- ・ 運営規程にも規定していただきますように、業務上知り得た利用者及び家族の個人情報について、在職中は勿論のことながら、退職後においても決して口外しない旨の誓約行為を従業者との雇用契約時に必ず行ってください。方法としては、就業規則の遵守事項に秘密保持について規定し、雇用契約時に従業者に読み聞かせるか、雇用契約書の内容に秘密保持についての誓約を盛り込んだ上で契約締結するか、別に雇用契約時に秘密保持についての誓約書を従業者から提出させることなどが考えられます。

1.3 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)

居宅サービスの場合の作成例

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	〇〇訪問サービス事業所
申請するサービス種類	介護予防訪問介護相当サービス

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> <p>① 連絡先(電話、FAX等)</p> <p>② 担当者名(管理者、サービス提供責任者等、事業所職員の中から選定)</p> <p>③ 受付時間(時間外の対応が取ればその内容も記載)</p> <p>④ 担当者不在の場合の対応(対応者以外でも対応できるようにしておく)</p>						
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> <p>苦情を受付けた場合、苦情内容を正確に苦情処理受付簿に記入し、事業所で定めた次の処理手順に基づき、迅速に対応する。</p> <p>① 苦情原因の把握・・・当日又は時間帯によっては翌日 利用者宅に訪問し、受付けた苦情内容を確認するとともに、今後の対応や予定を説明し了解を得る。また、速やかに解決を図る旨、伝言する。 (下の記載は居宅介護支援事業者の場合の例) サービス提供事業者にかかる事項については、当該事業者から速やかに報告を受ける。</p> <p>② 検討会の開催 苦情内容の原因を分析するため、関係者の出席のもと、対応策の協議を行う。</p> <p>③ 改善の実施 利用者に対し、対応策を説明して同意を得る。 改善を速やかに実施し、改善状況を確認する。 (損害を賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行う。)</p> <p>④ 解決困難な場合 保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行う。また、解決できない場合には、保険者と協議し、国保連への連絡も検討する。</p> <p>⑤ 再発防止 同様の苦情、事故が起らないように苦情処理の内容を記録し、従業者へ周知するとともに、「苦情処理マニュアル」を作成・改善し研修などの機会を通じて、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。</p> <p>⑥ 事故発生時の対応等 事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じられるよう、あらかじめ関係機関との対応方法を定め、関係機関に周知して協力を依頼する。</p>						
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に記載)</p> <p>① 事業者の窓口職員(管理者・サービス提供責任者・生活相談員等)に、直ちに連絡や訪問調査すること で、苦情に対する解決方法を模索する。</p> <p>② 上記の職員だけの処理が困難な場合は、第三者委員や保険者である市町村、国保連などに相談し、助言・指導を得て解決方法を模索する。</p> <p>③ 同様の苦情、事故が起らないように苦情処理の内容を記録し、従業者へ周知するとともに、「苦情処理マニュアル」を作成・改善し研修などの機会を通じて、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。</p>						
4	<p>その他参考事項(事業所として特記すべき事項があれば記載)</p> <p>たとえば、普段から苦情が出ないようなサービス提供を心がける(毎朝の朝礼等で確認、研修の定期的実施など)</p> <p>○公的機関の相談窓口</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">〇〇市介護保険課</td> <td style="text-align: right;">***-***-***</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">〇〇町介護保険係</td> <td style="text-align: right;">***-***-***</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">〇〇県国民健康保険団体連合会</td> <td style="text-align: right;">***-***-***</td> </tr> </table>	〇〇市介護保険課	***-***-***	〇〇町介護保険係	***-***-***	〇〇県国民健康保険団体連合会	***-***-***
〇〇市介護保険課	***-***-***						
〇〇町介護保険係	***-***-***						
〇〇県国民健康保険団体連合会	***-***-***						

1.4 欠格事由に該当しない旨の誓約書

- ・ サービスの質の向上と悪質な事業者の排除を目的として、平成18年4月の改正で、指定を行わない場合として、法人の役員等の欠格事由が規定されました。
- ・ この欠格事由に該当する役員等がないことについて、「欠格事由に該当していない旨の誓約書（参考様式7）」を提出します。
- ・ 役員等には、管理者を含みます。
- ・ 多賀城市総合事業の通所サービスA及び通所サービスCについては、法人格のない個人開設の施術所等も認めており、この場合は、開設者及び管理者が誓約対象者になります。

役員 の 範 囲

「医療法人」・・・①理事、②監事

「社会福祉法人」・・・①理事、②監事

「特定非営利活動法人」・・・①理事、②監事

「合同会社」（有限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合名会社」（無限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合資会社」（有限責任社員と無限責任社員とで構成）・・・①全社員

「株式会社」・・・①取締役（社外取締役を含む）、②執行役、

③監査役（社外監査役）、④会計参与

(参考様式 7)

介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項並びに多賀城市暴力団排除条例第 2 条
第 3 号及び第 4 号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

多賀城市長 殿

所在地 多賀城市中央〇丁目〇番〇号
名 称 株式会社〇〇〇〇
代表者職・氏名 代表取締役社長 多賀城 太郎^印

申請者及び役員等が、介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項に規定する厚生労働省令で定める基準（平成 11 年厚生省令第 36 号 介護保険法施行規則第 140 条の 63 の 6）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ものに該当しないこと、多賀城市暴力団排除条例第 2 条第 3 号並びに第 4 号に該当しないことを誓約します。

なお、本誓約書の内容のうち、多賀城市長が必要であると判断した場合は、多賀城市長が宮城県警察本部に照会することを承諾します。

記

【介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項】

市町村長は、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一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】

(法第 115 条の 45 の 5 第 2 項の厚生労働省令で定める基準)

法第 115 条の 45 の 5 第 2 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 1 号事業（第 1 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 27 年厚生労働省令第 4 号）附則第 2 条第 3 号若しくは第 4 条第 3 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 18 年厚生労働省令第 35 号。ロにおいて「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 18 年厚生労働省令第 37 号。ロにおいて「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 26 年改正前法第 54 条第 1 項第 3 号又は法第 59 条第 1 項第 2 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 26 年改正前法第 54 条第 1 項第 3 号又は法第 59 条第 1 項第 2 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
- 二 第 1 号事業に係る基準として、当該第 1 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。）

【多賀城市暴力団排除条例】

第 2 条 第 3 号 暴力団員 法第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。

第 2 条 第 4 号 暴力団員等 次のいずれかに該当するものをいう。

ア 暴力団員

イ 暴力団員でなくなった日から 5 年を経過しない者

ウ 法人その他の団体であって、その役員（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、当該団体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以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）のうちア又はイのいずれかに該当する者があるもの

1.5 介護給付費算定に係る届出書

※加算がない場合も提出してください。

(別紙1)

受付番号

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<指定事業者用>

令和 年 月 日

(〒〇〇先) 多賀城市長 殿

所在地 多賀城市中央〇丁目〇番〇号
 名称 株式会社 〇〇〇〇
 代表者氏名 代表取締役 多賀城 太郎

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。

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ 〇〇〇〇 株式会社 〇〇〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 985 - 〇〇〇〇) 宮城 県 多賀城 市 中央〇丁目〇番〇号 (ビル名称等)				
	連絡先	電話番号	022-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	022-〇〇〇-〇〇〇〇	
	法人の種別	法人所轄庁				
代表者の職・氏名	職名	代表取締役			氏名	多賀城 太郎
	代表者の住所	(郵便番号 98〇 - 〇〇〇〇) 宮城 県 仙台 市 青葉区〇〇×丁目〇番〇号				
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	タガシヨウ〇〇デ リ ビスセンタ 多賀城〇〇デーサービスセンター				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 985 - 〇〇〇〇) 宮城 県 多賀城 市 中央〇丁目〇番〇号				
	連絡先	電話番号	022-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	022-〇〇〇-〇〇〇〇	
	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 -) 宮城 県 多賀城 市				
	連絡先 管理者の氏名	電話番号		FAX番号		
管理者の住所	(郵便番号 985 - 〇〇〇〇) 宮城 県 多賀城 市 〇〇町〇番〇号					
届出を行う事業所・施設	同一市町村において行う事業等の種別	実施事業	指定(許可)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)
	訪問型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(独自・定率)	○	令和2年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和5年4月1日	下記のとおり
	通所型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号						
特記事項	変更前			変更後		
	介護職員処遇改善加算	加算Ⅱ		介護職員処遇改善加算	加算Ⅰ	
	介護職員等特定処遇改善加算	なし		介護職員等特定処遇改善加算	加算Ⅰ	
	介護職員等ベースアップ等支援加算	なし		介護職員等ベースアップ等支援加算	あり	
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「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」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の「」
 6 「異動項目」欄には、(別紙2)「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。

連絡先	担当者	多賀城 太郎
	電話番号	022 〇〇〇 〇〇〇〇

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体罰等状況一覧表（介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスC）

該当項目を●表示

要員のある箇所を■表示

多量減価にも該当します。

事業所番号 3 4 7 0 5 5 5 5 0 0 0

種別サービス 各種サービス名	施設等区分		人員配置区分		要員		支払区分		地域区分		支払区分		支払区分		区分
	施設等区分	人員配置区分	要員	支払区分	地域区分	支払区分	支払区分	支払区分	支払区分	支払区分	支払区分	支払区分	支払区分	支払区分	区分
A2 介護予防訪問介護相当サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6 介護予防通所介護相当サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7 通所型サービスC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

多量減価にも該当します。

すべての項目に●を表示

変更、変更で削減がある場合より「サービス提供」として「サービス提供」を算定する場合は「サービス提供」を算定

16 関連手続きについて

老人福祉法に基づく届出（認可）

申請するサービス事業所の種類により、介護保険法による指定申請とは別に、老人福祉法に基づく届出が必要です。その場合、介護保険法による指定申請と同時に老人福祉法に基づく届出を行ってください。

なお、届出は宮城県への手続きとなります。

○老人福祉法に基づく届出（認可）等の概要

サービスの種類	必要な届出等
介護予防訪問介護相当サービス	老人居宅生活支援事業開始届
介護予防通所介護相当サービス （特養等他の施設と設備を共用するもの）	
介護予防通所介護相当サービス （単独で設置されるもの）	老人デイサービスセンター等設置届

消防法に基づく届出

老人サービスセンターは、消防法の防火対象物の届け出が必要な施設ですので、管轄の消防署へ必要な手続きを行ってください。

建築基準法に基づく届出

老人デイサービスセンターは特殊建築物にあたりますので、手続きが必要な場合は手続きを行ってください。

17 人員基準及び設備基準の概要

介護予防訪問介護相当サービス

① 人員基準

区分	職種・資格要件等	配置基準
管理者	なし	原則、常勤・専従1。 ただし、事業所の管理上支障がない場合は以下の兼務可 ①当該事業所の他の職務 ②同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務
訪問介護員等	<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士 ・介護職員基礎研修課程修了者 ・訪問介護員養成研修1級課程修了者 ・訪問介護員養成研修2級課程修了者 <p>【平成25年度以降】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①介護福祉士 ②実務者研修修了者 ③介護職員初任者研修課程修了者（介護職員基礎研修課程、1級課程（看護師・准看護師を含む）又は2級課程の修了者は初任者研修課程修了者とみなされる） 	常勤換算2.5以上。

<p>サービス提供責任者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士 ・実務者研修修了者 ・介護職員基礎研修課程修了者 ・訪問介護員養成研修1級課程修了者 ・訪問介護員養成研修2級課程修了者であって3年以上介護等の業務に従事した者 <p>【平成25年度以降】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①介護福祉士 ②実務者研修修了者 ③介護職員初任者研修課程修了者（④⑤を除く）であって3年以上介護等の業務に従事した者 <p>【※1】</p> <ul style="list-style-type: none"> ④介護職員基礎研修課程修了者 ⑤訪問介護員養成研修1級課程修了者（看護師・准看護師を含む） 	<p>常勤の訪問介護員等のうち、利用者数が40又はその端数を増すごとに1人以上。（前3月の平均値。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数による。）</p> <p>原則、専従。ただし利用者に対するサービスの提供に支障がない場合は、同一敷地内にある指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所に従事可。</p> <p>（例外）</p> <p>常勤のサービス提供責任者を三人以上配置し、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一人以上配置している事業所で、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あっては、利用者数50又はその端数を増すごとに1人以上とすることができる。【※2】</p>
------------------	--	--

※常勤の者が勤務する時間は週40時間（4週で160時間）が望ましい。

《サービス提供責任者について》

【※1】 介護職員初任者研修課程修了者であって3年以上介護等の業務に従事した者

- ・「3年以上介護等の業務に従事したもの」の具体的な範囲については、「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格に係る介護等の業務の範囲等について」の別添2「介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等」を参考とすること。
- ・3年間の実務経験の要件が達成された時点と介護職員初任者研修課程（2級課程を修了した場合は2級課程）の研修修了時点との前後関係は問わない。

【※2】

- ・「サービス提供責任者の業務に主として従事する者」とは、サービス提供責任者である者が当該事業所の訪問介護員として行ったサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く。）が、1月あたり30時間以内である者

- ・「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」とは、訪問介護 計画の作成や訪問介護員の勤務調整等のサービス提供責任者が行う業務について、省力化・効率化や、利用者に関する情報を職員間で円滑に共有するため、ソフトウェアやネットワークシステムの活用等の業務の効率化が図られているもの

<利用者の数>

- 介護予防訪問介護相当サービスの事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合、当該事業所における指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスの利用者とする
- 利用者の数については、前3月の平均値（毎月ごとの実利用者の数を合算し、3で 除して得た数）を用いること
- 新たに事業を開始し、又は再開した事業所においては、適切な方法により利用者の数を推定すること
- 通院等乗降介助のみを利用した者の当該月における利用者の数については、0.1 人として計算すること

<必要員数>

- サービス提供責任者は常勤だが、利用者の数が40人を超える事業所については、利用者の数に応じて非常勤のサービス提供責任者（下表の常勤以外の員数）を配置することができる
- この場合、サービス提供責任者として配置することができる非常勤職員については、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訪問介護員等が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本）の2分の1以上に達している者でなければならない

【利用者40人に対して1人配置する場合】

当該事業所の利用者の数	最低必要な常勤のサービス提供責任者の員数	
	配置が必要な員数	常勤換算方法を採用する場合
40人以下	1	1
40人超 80人以下	2	1
80人超 120人以下	3	2
120人超 160人以下	4	3
160人超 200人以下	5	4
200人超 240人以下	6	4
240人超 280人以下	7	5
280人超 320人以下	8	6
(参考：常勤の員数) ・利用者の数が40人超200人以下の事業所 必要なサービス提供者の員数－1 ・利用者の数が200人超の事業所 必要なサービス提供責任者の員数×2/3(切り上げ)		

【利用者50人に対して1人に緩和して配置する場合】

当該事業所の利用者の数	最低必要な常勤のサービス提供責任者の員数	
	配置が必要な員数	常勤換算方法を採用する場合
50人以下	3	3
50人超 100人以下	3	3
100人超 150人以下	3	3
150人超 200人以下	4	3
200人超 250人以下	5	4
250人超 300人以下	6	4
300人超 350人以下	7	5
400人超 450人以下	8	6
(参考：常勤の員数) ・利用者の数が50人超250人以下の事業所 必要なサービス提供者の員数－1 ・利用者の数が250人超の事業所 必要なサービス提供責任者の員数×2/3(切り上げ)		

② 設備基準

区分	基準
備品設備等	<ul style="list-style-type: none">・事業を行うために必要な広さの専用の区画を設けること。・サービスの提供に必要な設備及び備品等を備えること。