**事業者指定申請について**

**地域密着型通所介護**

**第１号通所事業（介護予防型・短時間型）**

　　※地域密着型サービスの指定につきましては必ず運営委員会に諮る必要があります。事前協議は運営委員会開催月（偶数月）の前月（奇数月）末日までに完了している必要がありますのでご注意ください。

大阪市福祉局　高齢者施策部

介護保険課　指定・指導グループ

（書類作成の留意事項）

【記入例】

添付書類については、**「A４サイズ」**（日本工業規格A列４番）とし**「片面のみを使用」**してください。

枚数があるものは、**「袋綴じ」**や**「糊付け」**は行わずに**「ホッチキス」**等によりまとめてください。

* 登記事項証明書等原本の添付が必要なものはこの限りではありません。

　A４サイズより大きなものは、A４に縮小してサイズを合わせてください、ただし、縮小により内容が判別できないものは、等倍または拡大してA３サイズとして下さい。

目　　　　　　次

１　指定申請にあたって……………………………………………………………１

２　指定申請の申請期間等について………………………………………………１

３　指定を受けるための要件について……………………………………………２

４　指定申請に必要な書類と作成方法……………………………………………３

５　老人福祉法に基づく居宅生活支援事業等の届出について…………………６

６　申請書等の記入例等……………………………………………………………11

（Ｒ３．１１）

１　指定申請にあたって

（１）地域密着型通所介護について

これまで居宅サービスとして行っていた通所介護事業の一部が、平成28年4月1日から地域密着型サービスの地域密着型通所介護へ移行しました。

　　　これは「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法第83号）」の規定により介護保険法が改正され、利用定員（同時に受け入れることができる員数）が18人以下の小規模な通所介護事業所及び難病等を有する重度の要介護者等を対象とする利用定員18人以下の指定通所療養介護事業所が平成30年4月1日から地域密着型通所介護となります。

（２）基準について

地域密着型サービス事業・第１号通所事業（介護予防型・短時間型）を実施するためには、人員及び設備の基準を満たしていることはもちろんのことですが、運営に関する基準に従って事業運営を実施できることが条件となります。

指定申請を行う前に必ず運営に関する基準をご確認いただき、基準どおり事業の実施が可能かどうかご判断の上、申請を行ってください。

２　指定申請の申請期間等について

（１）事前協議

　　　　申請を行う前に、事前協議書類を提出し月末（奇数月の月末）までに、書類の補正（不備の修正）を完了した後、地域密着型サービス運営委員会（偶数月開催）に諮る必要があります。月末までに補正が完了しないときは、運営委員会に諮れませんので、次回以降の開催月での審査となります。

（２）申請

運営委員会で審査完了後、期間内に申請書を提出し、「受理」されることが必要です。（書類

に不備があり、その補正が完了しないものについては、受理できません。）

（３）指定事業者の決定

審査の結果、要件を満たすものについて指定事業者として決定します。

　　　また、公正かつ透明性の高い制度運営を確保するために、学識経験者、保健・医療・福祉の経験者、被保険者等で構成する「地域密着型運営委員会」に諮る必要があります。

（４）申請から指定までの流れ

　　　居宅サービスの通所介護事業とは指定までのスケジュール等が異なります。詳しくは本市

　ホームページをご確認ください。ご不明な点がございましたらお手数ですが、お問い合わせ

　　ください。

（５）指定申請受付について

指定申請については予約制としております。詳しくは本市ホームページをご確認ください。

３　指定を受けるための要件について

指定はサービスの種類及び事業を実施する所在地ごとに受けなければなりません。

また、指定を受けるためには、以下の条件を満たしてなければなりません。

（１）法人であり、定款の目的欄に当該事業に関する記載のあること。

①株式会社等の営利法人

（定款の目的欄への記載例）

　●地域密着型通所介護を行う場合：介護保険法に基づく地域密着型サービス事業

●第１号通所事業を行う場合：介護保険法に基づく第１号事業

**以上の記載がない場合は、あらかじめ定款及び登記の変更手続きを完了させておいてください。**

　なお、「介護保険法に基づく地域密着型通所介護事業」「介護保険法に基づく第１号通所事業」など、具体名称を記載する方法でも構いません。

②医療法人、社会福祉法人等の所轄・監督官庁のある法人

定款への記載の文言や定款変更認可の手続きについて、必ず所轄・監督官庁に相談の上、**指定申請期間内**に手続きを完了させてください。

なお、登記の変更手続きについても併せて、**指定申請期間内**に手続きを完了させてください。

（２）大阪市条例及び要綱に定める事業の人員、設備及び運営基準を満たしていること。

①地域密着型サービス事業の場合

「大阪市指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成２５年３月４日大阪市条例第２７号）に定める基準及び員数を満たしていること。

②第１号通所の場合

「大阪市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」並びに「大阪市通所型サービス（第１号通所事業）の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱」に定める基準及び員数を満たしていること。

　（３）地域密着型サービスと第１号通所事業を同時に行う場合

地域密着型サービスと第１号通所事業を同一事業所で同時に事業を実施することができます。この場合、地域密着型サービスの人員基準、設備基準を満たしていれば、第１号通所事業の人員基準、設備基準を満たしたものとします。

　　　（４）地域密着型サービスと第１号通所事業の事業所名称

　　大阪市で指定を受ける場合、類似名称使用の混乱を避けるため、地域密着型サービスと対をなす第１号通所事業では同一名称に統一して申請してください。

　　　（５）事業所名称について

既に他法人で指定を受け使用されている名称がないか、事前に「介護サービス情報公表システム」等で確認のうえ申請して下さい。

４　指定申請に必要な書類と作成方法

指定申請手続きに必要な書類は以下のとおりです。

（１）指定申請に必要な書類

①指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定申請書

（様式第１号）

②指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者・指定第１号事業者申請書

（様式第１号）

（※第１号通所事業の指定を受けない場合、提出は不要です。）

③地域密着型通所事業者の指定に係る記載事項（付表９）（付表９別紙）

④添付書類

ア　申請者の法人登記事項証明書又は条例等

イ　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

ウ　事業所の平面図並びに設備の概要を記載した書類

エ　運営規程

オ　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類

カ　介護保険法の各号に該当しない旨の誓約書

キ　協力医療機関との契約の内容を記載した書類（療養型の場合に限る）

　　ク　その他必要な書類

・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び体制状況一覧表

・損害賠償発生時に対応できることが確認できる書類

・変更届等

・地域密着型サービス運営委員会に係る書類

・社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

　　　　ケ　老人福祉法に基づく必要な書類

　　　　　　・老人居宅生活支援事業所開始届または老人デイサービスの設置届

　　　　コ　その他指定に関し本市が必要と認める書類

（２）申請書類作成にあたっての留意事項

①申請書類の大きさは、Ａ４サイズ（日本工業規格Ａ列４番）としてください。

②様式の使用に際して、それぞれのページを片面ずつコピーして使用してください。

（３）申請書類の提出方法

　　　　①　提出の際には、申請者控えを１部ご用意ください。

②　提出の前に「指定申請書添付書類チェックリスト」により添付漏れがないか

確認の上ご提出ください。

③　提出に際しては、以下の順番に綴って提出してください。

指定申請書（様式第1号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　添付書類

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定に係る記載事項（付表）

（４）申請に必要な添付書類の説明

**ア　申請者の法人登記事項証明書又は条例等**

　　　　　(1)　法人登記事項証明書

　　　　　　　・申請に係る事業を実施する旨の記載があることが必要です。

・発行日より３か月以内の履歴事項全部証明書（原本）が必要です。

**イ　当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類**

　　　　　(1)　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

・事業開始日から４週間分の勤務時間数を記載してください。

・管理者を含め、全従業員分を記載してください。

　　　　　　　・兼務関係がある場合は明確に記載してください。

・職種は、管理者、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員等に区分して記載してください。

　　　　　(2)　従業者の資格証明の写し

・「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した氏名の順に並べて提出してください。

　　　　　(3)　組織体制図

　　　　　　　・申請法人が同一所在地で行う介護保険事業について記載してください。

・他の事業の職務等を兼ねる場合は、兼務関係が明確にしてください。

・法人役員が従業員となる場合、勤務時間中は事業に専従する旨を記載してください。

**ウ　事業所の平面図並びに設備の概要を記載した書類**

　　　　　(1)　案内図

・最寄駅から事業所までの案内図を作成してください。

・事業所名、事業所住所、電話・ＦＡＸ番号、最寄駅からの所要時間等を記載してください

　　　　　(2)　平面図

　　　　　　・各室の名称及び面積がわかるように記載してください。

　　　　　　　（食堂・機能訓練室、事務室、相談室、静養室など）

・当該事業に必要な設備・備品の配置状況を記載してください。

（ナースコール、手すり、消防設備など）

・食堂及び機能訓練室の内法をマーカー等で囲んでください。

　　　　　　・写真に番号を付け、平面図に番号と撮影方向を記載してください。

　　　　　　・各室面積の積算根拠がわかる書類を添付していただく場合があります。

　　　　　(3)　写真

　　　　　　・Ａ４用紙に貼付又はカラー印刷（Ａ４用紙１枚に４枚程度）してください。

　　　　　　・当該事業の設備・備品の配置状況がわかるよう撮影してください。

　　　　　　・事業所内の状況（平面図で示した箇所）がわかるよう撮影してください。

　　　　　　・事業所外観を含め、事業所までの動線がわかるよう撮影してください。

　　　　　　・従業員や利用者が写り込まないようにしてください。

　　　　　(4)　設備・備品一覧表

　　　　　　・各室の名称及び適合状況について記載してください。

　　　　　　　（食堂・機能訓練室、事務室、相談室、静養室など）

　　　　　　・各室に設置する設備について記載してください。

　　　　　(5)　賃貸借契約書の写し

　　　　　　・事業所が申請法人所有でない場合、賃貸借契約書の写しを添付してください。

　　　　　　・申請法人が契約を行っているか、確認してください。

　　　　　　・使用目的が「事務所」「事業所」などであり、「住居」などでないことを確認してください。

・契約期間及び契約更新についての記載を確認してください。

　　　　　(6)　建築確認申請に基づく建物の検査済証等の写し

　　　　　　・建築確認申請に基づく建物の検査済証の写しを添付してください。

　　　　　　・改築に伴い用途変更等建築基準法上の手続きが必要な場合は、建築確認済証等を添付してください。（手続不要の場合は、その理由書）

(7) 　防火対象物使用開始届出書の写し

　　　　　　・防火対象物使用開始届出書の写しを添付してください。

**エ　運営規程**

・事業に必要な具体的内容を記載した運営規程を作成してください。

**オ　利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類**

・利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口など、

　　　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順を記載してください。

**カ　介護保険法の各号に該当しない旨の誓約書**

　(1)　誓約書

・申請するサービスについて、申請者等が介護保険法の各号に該当しない旨確認し、記名欄に、法人住所、法人名称、代表者の職氏名を記入してください。

**キ　協力医療機関との契約内容**

　　　　　　・協力医療機関との契約内容がわかる書類（契約書等）を添付してください。

**ク　その他必要な書類**

1. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び体制等状況一覧

　　・算定要件等を確認のうえ、記入ください。

1. 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類

　　　　　　・損害賠償責任保険証書の写しを添付してください。

・加入手続中の場合は、申込書及び領収書の写しを添付してください。

・申請事業が保険の対象と分らない場合、パンフレット等の添付も必要です。

1. 変更届等

　　　　　　・既に大阪市内において介護サービス事業を行っている法人において

　　　　　　　法人情報などの変更があった場合は、変更届等を提出していただく

　　場合があります。

1. 地域密着型サービス運営委員会に係る書類

　・施設概要

　・設備基準確認シート

　・指定に関する人員基準申告書

　・収支予算書　　事業開始から１年間の収支予算を作成してください。

(5)社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

(6)老人福祉法に基づく必要な書類

・老人居宅生活支援事業所開始または老人デイサービスセンター等の設置届

　別紙の記載例を参考の上、必要事項を記入していただき提出してください。

（7）その他指定に関し本市が必要と認める書類

　　　　　　・本市が必要と認める場合、他の書類を求める場合があります。

５　老人福祉法に基づく居宅生活支援事業等の届出について

介護保険法に基づく地域密着型通所介護事業を行う場合には、老人福祉法の適用を受けることとなりますので、「老人居宅生活支援事業開始届」等の届出が必要となります。

別紙「老人福祉法に基づく居宅生活支援事業等の届出について」を参照の上、必要事項を記入していただき、申請と同時に届出てください。

６　人員及び設備に関する基準について

　　地域密着型通所介護・第１号通所事業（介護予型通所サービス・短時間型通所サービス）

（１）人員に関する配置基準

○利用定員が１１名以上場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 資格要件 | 配置基準 |
| 管理者 | なし | ・専らその職務に従事する常勤の者１名 |
| 生活相談員 | 社会福祉士、精神保健福祉士、  介護福祉士  ※１社会福祉主事  ※２介護支援専門員 | ・提供日ごとに、サービス提供時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間数で除して得た数が1以上確保するために必要と認められる数。 |
| 看護職員 | 看護師、准看護師 | ・地域密着型通所介護の単位ごとに、その提供を行う時間帯を通じて専従する必要はないが、提供時間帯を通じて事業所と密接かつ適切な連携を図るものとし、その提供に当たる者１以上  ・病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、提供時間帯を通じて密接かつ適切な連携を図っている。※３ |
| 介護職員 | なし | ・単位ごとに、サービス提供時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間数で除して得た数が、  ①利用者数が15人までは1以上  ②利用者数が15人を超える場合は、15人を超える部分の数を5で除して得た数に1を加えた数以上確保するために必要な数  ・単位ごとにサービス提供時間帯に常時1名以上の従事が必要。 |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師  ※４　一定の実務経験を有するはり師、きゅう師 | ・地域密着型通所介護の単位ごとに、専ら当該地域密着型通所介護の提供に当たる者１以上 |
| ※生活相談員又は介護職員のうち１人以上は常勤であること | | |

○利用定員が１０名以下の場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 資格要件 | 配置基準 |
| 管理者 | なし | ・専らその職務に従事する常勤の者１名 |
| 生活相談員 | 社会福祉士、精神保健福祉士、  介護福祉士  ※１社会福祉主事  ※２介護支援専門員 | ・提供日ごとに、サービス提供時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間数で除して得た数が1以上確保するために必要な数。 |
| 看護職員 | 看護師、准看護師 | ・提供日ごとに、サービス提供時間帯に看護職員又は介護職員が勤務している時間数の合計数をサービス提供時間数で除して得た数が1以上確保するために必要な数。  ・単位ごとにサービス提供時間帯に常時1名以上の従事が必要。 |
| 介護職員 | なし |
| 機能訓練指導員 | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師  ※４　一定の実務経験を有するはり師、きゅう師 | ・地域密着型通所介護の単位ごとに専ら当該地域密着型通所介護の提供に当たる者１名以上 |
| ・生活相談員又は看護職員又は介護職員のうち１名以上は常勤であること | | |

【注】①「専ら従事する」、「専ら提供する」とは、原則として当該事業における勤務時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

②「常勤」とは、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従業者が勤務すべき時間（３２時間を下回る場合は３２時間を基本）に達していることをいいます。

※１　社会福祉主事の証明を大学、短大の成績証明書で行う場合、厚生労働省の指定科目が、卒業年次で異なりますので、事前に証明書を発行した大学、短大にお問い合わせいただきご確認願います。

※２　平成27年４月から生活相談員の資格要件として介護支援専門員が追加されています。

　　　当該資格者を配置する際は、介護支援専門員証により有効期限が切れないことを必ず確認してください。

※３　平成27年４月から、病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携により看護職員が営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、提供時間と通じて密接かつ適切な連携を図っている場合には、看護職員が確保されているものとする。

　　　なお、「密接かつ適切な連携」とは、地域密着型通所介護事業所へ駆けつけることができる体制や適切な指示ができる連絡体制を確保することである。

　　　この方法により人員を確保する場合、「契約書」「委託契約書」（同一法人の場合は、「誓約書」「確約書」を含む）を添付してください。

※４　一定の実務経験を有するはり師、きゅう師とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６か月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者とする。

（２）設備に関する基準

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設備 | | 内容 |
| 食堂 | | ・それぞれ必要な広さを有すること  ・合計した面積が３平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であること  ・狭隘な部屋を多数設置することにより面積を確保することは不可 |
| 機能訓練室 | |
| 静養室 | | ・複数の利用者が同時に利用できる適当な広さを確保すること |
| 相談室 | | ・遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されていること |
| 事務室 | | ・職員や設備・備品が配置できる広さを確保すること |
| 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備 | | ・消防法その他の法令等に規定された設備 |
| その他必要な設備 | 便所 | ・介助を要する者の使用に適した構造・設備にすること  （複数設置し、うち１つは車椅子対応とすることが望ましい）  ・適切な場所に緊急通報装置が設置されていること |
| 厨房 | ・環境衛生に配慮した設備にすること  （保存食の保存設備を設置することが望ましい）  ・火器使用部分は不燃対策を行うこと  ・調理器具や洗剤等の管理が施錠できる収納スペースで保管できること |
| 浴室 | ・介助者が介護しやすい仕様とすること  ・洗い場、浴槽、脱衣室に適切な手すり等を設置すること  ・浴室・脱衣室に緊急通報装置を設置すること |

**【療養通所介護】**

（１）人員に関する配置基準

○利用定員18名以下に限る

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 資格要件 | 配置基準 |
| 管理者 | 看護師 | ・専らその職務に従事する常勤の者１名 |
| 看護職員または介護職員 | 看護師、准看護師 | ・療養通所介護の単位ごとに、その提供を行う時間帯を通じて専ら当該通所介護の提供に当たる者が利用者の数１.５対１名以上 |
| 介護職員（資格要件なし） |
| ・看護職員のうち１名以上は常勤の看護師であること | | |

（２）設備に関する基準

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設備 | | 内容 |
| 専用の部屋  （食堂・機能訓練室） | | ・それぞれ必要な広さを有すること  ・合計した面積が、６．４平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であること  ・狭隘な部屋を多数設置することにより面積を確保することは不可 |
| 静養室 | | ・利用定員分のベッド、ふとんが敷ける広さを確保した専用スペースを確保すること |
| 相談室 | | ・遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されていること |
| 事務室 | | ・職員、設備備品を配置できる広さを確保すること |
|  | 便所 | ・介助を要する者の使用に適した身体障害者用の構造・設備とすること（最低１箇所以上）  ・緊急呼び出し等通報装置が設置されていること |
| 厨房 | （食事を提供する場合）  ・衛生管理に配慮した設備とすること。  （保存食の保存設備を設置することが望ましい） |
| 浴室 | （入浴介助を行う場合）  ・身体の不自由な者が入浴するのに適したものとすること。 |
| ※設備については、専ら指定療養通所介護の事業の用に供するものでなければならない | | |

（３）契約医療機関

○利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ緊急時対応の医療機関を定め、緊急時に円滑な協力が得られるよう契約を結ぶ必要があります。

○緊急時対応の契約医療機関は、同一の敷地内、又は隣接若しくは近接している必要があります。

７　その他の配慮事項

①建築基準法その他の法令等の遵守。

（建物の設置場所が都市計画法上の市街化区域内であること）

（建物が建築基準法に適合し、消防法等の基準にも合致すること）

＊新築の場合、建築基準法適合・建築確認申請の検査済証(工事完了検査後に交付される)が必要

＊改修の場合、建築基準法上の手続き（用途変更等）を確認し、手続きが必要な場合は、申請までに手続きの完了が必要

＊新築・改修いずれか場合も、建物の設置場所が都市計画法上の市街化区域であることが必要

(市街化調整区域内では原則として通所介護・介護予防通所介護事業を行うことは出来ません)

　区域は地図情報サイト「マップナビおおさか（まちづくり情報マップ）」で確認してください。<https://www.mapnavi.city.osaka.lg.jp/osakacity/Portal>

＊消防法等の基準に適合・防火対象物使用開始届書（所轄消防署において交付される）が必要

②設備等に関する使用権原の確保

土地、建物等については、原則申請法人所有物件。ただし、所有権以外による場合は、通所介護事業所を安定的に運営ができるよう適切な権原取得（例えば賃貸借契約の締結）が行われていることが確認できるものに限る。

　③日照、採光、通風、適温保持等、利用者の保健衛生に関して配慮すること。

④処遇スペース（食堂・機能訓練室、静養室、相談室）については、同一階に配置すること。

ただし、エレベーター設置により利用者の移動に支障がないと認められる場合を除く。

　⑤段差の解消やスロープ設置など、高齢者の安全・利便性に配慮した構造とし、車椅子の利用

　　が可能なものとすること。

　⑥静養室・便所・浴室・脱衣室等、利用者が１人になるか、その可能性が高いスペースには、

　　緊急呼び出しを設置すること。

８　申請時の留意事項

○**「防火対象物使用開始届」**について

新築・改修される建物について、事業所を所轄する消防署と消防設備・避難設備等について協議調整を進める必要があります。事前協議までに必ず協議し、その結果を「（協議様式４）消防署との協議事項」に記載して事前協議に持参してください。

また、申請前には、所轄消防署の設備検査（立ち入り等）を完了しておく必要があります。そして、申請時に提出する「防火対象物使用開始届」においては、所轄消防署の【受付印】と【検査済印】の押印がなければ、申請受付ができません。

なお、手続きは、申請までに完了させる必要があります。

○**「建築基準法７条５項による検査済証」**について

事業所を新築する場合には、申請前に建築基準法７条５項による検査済証の添付が必要です。

用途変更等建築基準法上の手続きが必要かどうか、大阪市計画調整局建築確認課と相談してください。都市計画法上の区域及び建築基準法の手続きに関する協議結果を「（協議様式３）都市計画法上の確認事項及び計画調整局建築確認課との協議事項」に記載（手続き不要の場合でも、その理由を記載）のうえ事前協議に持参してください。なお、手続きが必要な場合は、申請までに完了させる必要があります。

　○ **「水防法第15条の3」について**

**河川氾濫等の浸水想定区域内に所在する要配慮者利用施設では、避難確保計画の作成義務があります。新たに通所介護事業のお考えの方は、避難確保計画作成が必要な要配慮者利用施設にあたるのかどうかについて危機管理室へご確認をお願いします。事前に大阪市危機管理室へ連絡し水防法に基づく避難計画について事前に協議を行い、**協議結果を「（協議様式５）危機管理室との協議事項」に記載（手続き不要の場合でも、その理由を記載）のうえ事前協議必要書類として提出してください。

　※詳細は下記ホームページをご確認ください。

**「水防法改正に伴う要配慮者利用施設における避難確保計画の作成等について」**

<https://www.city.osaka.lg.jp/kikikanrishitsu/page/0000409706.html>

≪記入例≫

地域密着型サービスと第１号事業で指定申請書が異なるため、必ず１部ずつ作成してください。

****

法人登記事項証明書に記載されているとおりに記入（法人の名称、代表者職名、代表者氏名）

法人登記事項証明書に記載されているとおりに記入（法人の名称、所在地、代表者職名、代表者氏名及び代表者住所）

****

****

第1号事業と地域密着型サービスで指定申請書が異なるため、必ず１部ずつ作成してください。

法人登記事項証明書に記載されているとおりに記入（法人の名称、所在地、役職、代表者氏名及び代表者住所）



法人登記事項証明書に記載されているとおりに記入（法人の名称、所在地、役職、代表者氏名）

****

（参

正確に記入して下さい。



組　　織　　体　　制　　図

法人全体(同一敷地内等)で、兼務している状況がわかるように記載してください。

株式会社　×××××

代表取締役　○○　○○

　　　　事 業 所 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　事 業 所 名

（訪問介護・介護予防型訪問サービス）　　　　　(地域密着型通所介護・介護予防型通所サービス・短時間型通所サービス)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管　理　者  ○○　○○  サービス提供責任者  　　　※※　※※  訪問介護員  ○×　○×  ○×　○× | 兼務 | 管　理　者  ○○　○○  生活相談員  □□　□□  △△　△△      　　　　　　　　　　兼務  看護職員  ××　××  ●●　●●  機能訓練指導員  ××　××  ●●　●●      介護職員  ●○　□△  ●○　□□ |

※代表取締役○○　○○は、勤務時間中は地域密着型通所介護及び訪問介護事業所の管理者として専従します。

平面図及び写真の注意事項（地域密着型通所介護用）

【平面図作成】

平面図については、以下の点に注意し２部作成する。

１部は、食堂及び機能訓練室の内法をマーカー等で囲ったもの、もう１部は写真の番号、撮影方向を記入したものを作成すること。

なお、平面図には、机、イス等の備品及び手すり・ナースコールの位置及び消防用設備並びに各室の名称・面積（㎡）を記載すること。

※計算にあたっては、小数点以下第３位以下を切り捨てとすること。

○食堂及び機能訓練室（要面積記載）

利用定員分のテーブルとイスと洗面設備が必要。

○事務室（要面積記載）

管理者・生活相談員分の机・イス及び鍵付書庫が必要。

※鍵付書庫：サービス毎に鍵を分けることが必要。（併設の場合）

扉部分がガラス張りの場合は、ファイルの個人名が見えないように紙やシートなどを貼る。

○相談室（要面積記載）

プライバシー保護のため、原則個室だが、個室対応できない場合は、パーテーション等による区画でも可能（相談者の顔が見えないように仕切りは一定の高さが必要。カーテンでの仕切りでも可能）

室内には、最低テーブル１個、イス２個が必要であり、書庫などは置かない（相談中は原則相談者と対応者のみとし、対応者以外の者の入室を制限するため。）

○静養室（要面積記載）

ベッド又は布団が２組以上必要。

ナースコールはベッド等のそれぞれの使用しやすい場所に配置。

○トイレ

複数設置し、内１つは身障者対応であること。トイレ内に手洗いを設置すること。

外からの鍵の開錠が出来ること。全ての箇所に手すり・ナースコールが必要。

○脱衣室（要面積記載）

扉を開けた際に中が見えないように、出入り口付近に「のれん」もしくは「カーテン」を設置する。手すり・ナースコールの設置。

○浴室（要面積記載）

洗い場及び浴槽に手すりを設置。ナースコールの設置。

○厨房（要面積記載）

火気使用部分の不燃対策。食器・調理器具の保管場所。冷蔵庫・電子レンジ等の設備。

食品庫及び食材等の搬出入にかかる安全面・衛生面の配慮。

○汚物処理室

設置する場合は、区画されていること及び換気扇の設置が必要。

区画されていない場合は、アコーディオンカーテン等で区画すること。

【写真撮影チェックリスト】

□　事業所の外観（建物全体・どのような建物かわかるように）。

□　事業所の入り口部分がわかる写真（段差及びその解消方法の有無がわかるように）。

□　事業所名称の写真。

□　事業所内の各部屋の写真（従業員のトイレや休憩室等含む）。

　　各室（入口等）段差のないことがわかるように。

□　食堂・機能訓練室は、全体及び手すり・洗面設備の設置や利用定員分のテーブルとイスの数が確認出来るように複数枚撮影。

□　洗面設備については、アップで自動水栓かレバー式かわかるように。

　　また、石鹸（ハンドソープ等）の誤飲対策の状況（紐で固定するなど）がわかるように。

□　事務室内については、机・イスの数や鍵付書庫・パソコン・電話・ＦＡＸ等の配置場所がわかるように。

また、鍵付書庫については、鍵を差した状態でアップの写真も撮影。

□　相談室については、個室又は区画されていることがわかるような外側の写真とテーブル・イスの数のわかる内側の写真。

□　静養室については、機能訓練室側からカーテン又はパーテーション等で仕切られていることがわかる写真

□　ベッド又は布団が何組かわかる写真とナースコールの設置がわかる写真。

□　トイレは全ての箇所について、外からの鍵の開錠がわかるように扉の鍵の部分と内部全体と手すり・ナースコールの位置がわかるように。

□　脱衣室については、外側からのれん・カーテンが確認できる写真と内部全体と手すり・ナースコールの位置がわかるように。

□　浴室については、内部全体と洗い場の手すり・浴槽の手すりとナースコールの位置がわかるように。

□　浴室のお湯の温度管理盤（やけど防止対策を行っていることがわかるように）

□　ナースコール受信盤。

□　厨房については、内部の様子（包丁や洗剤等の施錠管理）がわかるように複数枚撮影。

□　汚物処理室については、区画されていることがわかる写真と内部全体と換気扇の写真。

□　消火器・消防誘導灯などの消防用設備

□　送迎車（駐車場所）の写真。

※　事前協議時のチェックリストの各項目が確認できるよう撮影すること

※　写真を写す時は、事業所内を整理整頓のうえ、利用者等が写ることのないよう、注意すること。

（参考様式４）

設備・備品等一覧表（記入例）

サービス種類　　（　地域密着型通所介護・介護予防型通所サービス・短時間型通所サービス　）

事務所名・施設名（　○○○デイサービスセンター　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  （例）  *全般*  *食堂兼機能訓練室*  *静養室*  事前協議の「協議様式３」チェックリストの｢居室等｣の欄を参照  （例）静養室、相談室、浴室・脱衣室、トイレなど  **部屋の設備について、全て作成すること。** | （例）  *日照、通風に配慮、またスロープを設置してバリアフリーに配慮しています。*  *出入口廻りは車椅子、歩行器に配慮して幅１ｍを確保し、床材は滑りにくく、転倒しても怪我をしにくいようクッションフロアとしています。*  *洗面台は高齢者が使用しやすいようレバー式とし、衛生面に考慮して、ペーパータオルを使用します。*  *なお、誤飲対策として、ハンドソープは紐で固定しています。*  *同時に複数の人が使えるよう、ベッドを２つ設置し、プライバシーに配慮してカーテンで仕切っている。*  *また、押しやすい位置にナースコールを設置している。* | | 事前協議の「協議様式３」チェックリストの｢項目｣のを参考に適合している内容を記入。 |
| 非常災害設備等 | （例）  *施設内各所に消火器、誘導灯を設置している。*  *消火器　１　　　誘導灯　１* | |  |
| 備　　品 | | | |
| 設置場所 | 品　名 | 数　量 | 適合の可否 |
| *事務室*  *食堂兼機能訓練室*  *相談室*  *静養室*  *その他*  事前協議の「協議様式３」のチェックリストの「居室等」及び「事務室」を設置場所として、各場所における備品を記入してください。（**図面、写真と一致させてください**） | *デスク*  *デスク用チェア*  *パソコン*  *鍵付書庫*  *コピー機*  *ＦＡＸ*  *電話*  *テーブル*  *イス*  *机*  *イス*  *ベッド*  *送迎車* | *２*  *２*  *３*  *１*  *１*  *１*  *２*  *３*  *１０*  *１*  *２*  *２*  *１* |  |

（改修の場合の記載例）

令和　　年　　月　　日

大阪市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

建築確認申請に基づく検査済証の写しが添付できない理由書

　このたび、当法人において令和　　年　　月　１日の指定申請を行っている、

（サービス種別）　　　　　　　（事業所名）

　　　　　　　　の「　　　　　　　　　　　　　　」につきまして、次のとおり、

建築確認申請に基づく検査済済証の写しが添付できません。

１．建築確認申請を行っている場合

　建物の増築（用途変更）により建築の手続きを行いましたが、建築確認済み証が発行されないため、（その他確認手続き等を行った証明書等）を別紙のとおり添付します。

２．建築基準法に基づく申請が不要な場合

　　　　　　　　（用途変更が不要な理由を記載）

　当該建物は（　　　　　　　　　　　　　　　　　）のため、用途変更が不要です。

　　当該理由により建築基準法上の手続きを遵守していることについて、令和　　年　　月　　日に確認しています。

　　なお、関係部署からの指導又は助言があった場合は、当該指導又は助言に従って速やかに必要な手続きを行います。

参考資料

【地域密着型通所介護・介護予防型通所サービス・短時間型通所サービス】

※　この運営規程の例は、あくまでイメージであり、各項目の記載の方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 運　営　規　程　の　例 | 作成に当たっての留意事項等 |
| △△△指定地域密着型通所介護〔指定介護予防型通所サービス又は指定短時間型通所サービス〕事業  運営規程  （事業の目的）  第１条　＊＊＊が設置する△△△（以下「事業所」という。）において実施する指定地域密着型通所介護〔指定介護予防型通所サービス又は指定短時間型通所サービス〕事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の生活相談員及び看護職員、介護職員、機能訓練指導員（以下「通所介護従業者」という。）が、要介護状態〔要支援状態〕の利用者（以下「利用者」という。）に対し、適切な指定地域密着型通所介護サービス〔指定介護予防型通所サービス又は指定短時間型通所サービス〕を提供することを目的とする。  （指定地域密着型通所介護の運営の方針）  第２条　事業所が実施する指定地域密着型通所介護の提供にあたって、要介護状態の利用者に可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。  ２　利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。  ３　利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。  ４　事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。  ５　指定地域密着型通所介護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者へ情報の提供を行う。  ６　前５項のほか、「大阪市指定地域密着型サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成２５年３月４日大阪市条例第２７号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。  （指定介護予防型通所サービスの運営方針）  第３条　事業所が実施する指定介護予防型通所サービスは、要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。  ２　指定介護予防型通所サービスの実施にあたっては、利用者の要支援状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。  ３　指定介護予防型通所サービスの実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。  ４　指定介護予防型通所サービスの実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。  ５　指定介護予防型通所サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、介護予防支援事業者等へ情報の提供を行う。  ６　前５項のほか、「大阪市通所サービス（第１号通所事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱」（平成29年４月１日）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。  （指定短時間型通所サービスの運営方針）  第４条　事業所が実施する指定短時間型通所サービスは、要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援又は機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。  ２　指定短時間型通所サービスの実施にあたっては、利用者の要支援状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。  ３　指定短時間型通所サービスの実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。  ４　指定短時間型通所サービスの実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。  ５　指定短時間型通所サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、介護予防支援事業者等へ情報の提供を行う。  ６　前５項のほか、「大阪市通所サービス（第１号通所事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱」（平成29年４月１日）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。  （事業の運営）  第５条　事業の提供に当たっては、事業所の通所介護従業者によってのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとする。  （事業所の名称等）  第６条　事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。  （１）名　称　　△△△  （２）所在地　　○○市○○区○○町○丁目○番○号  （通所介護従業者の職種、員数及び職務の内容）  第７条　事業所における通所介護従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。  （１）管理者　１名（常勤職員）  管理者は、通所介護従業者及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている事業の実施に関し、事業所の通所介護従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。  （２）通所介護従業者  　　　生活相談員　　　○人（常勤○人、非常勤○人）  　　　介護職員　　　　○人（常勤○人、非常勤○人）  　　　機能訓練指導員　○人（常勤○人、非常勤○人）  　　　看護職員　　　　○人（常勤○人、非常勤○人）  通所介護従業者は、事業の業務に当たる。  生活相談員は、事業所に対する事業の利用の申し込みに係る調整、他の通所介護従業者に対する相談助言及び技術指導を行い、また他の通所介護従業者と協力して地域密着型通所介護計画の作成等を行う。  機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。  看護職員は、健康状態の確認及び介護を行う。  （営業日及び営業時間）  第８条　事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。  （１）営業日　○曜日から○曜日までとする。ただし、○月○日から○月○日までを除く。  （２）営業時間　午前〇時から午後〇時までとする。  （３）サービス提供時間　午前○時から午後○時までとする。  （４）延長サービス可能時間帯　提供前　○時～○時  　　　　　　　　　　　　　　　提供後　○時～○時  （事業の利用定員）  第９条　事業所の利用定員は、1日〇〇名とする。  １単位目○名、２単位目○名  （事業の内容）  第10条　事業の内容は、次に掲げるもののうち必要と認められるサービスを行うものとする。  （１）入浴サービス  （２）給食サービス  （３）生活指導（相談・援助等）　レクリエーション  （４）機能訓練  （５）健康チェック  （６）送迎  （７）延長サービス  （８）アクティビティ（介護予防）　など  （利用料等）  第11条　指定地域密着型通所介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。  なお、法定代理受領以外の利用料については、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年３月１４日厚生労働省告示第１２６号）によるものとする。  ２　指定介護予防型通所サービス又は指定短時間型通所サービスを提供した場合の利用料の額は、「大阪市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」に規定する額（月単位）とし、その利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払を受けるものとする。  ３　次条に定める通常の事業の実施地域を越えて送迎を行った場合は、片道○○円を徴収する。  ４　食事の提供に要する費用については、○○円を徴収する。  ５　おむつ代については、○○円を徴収する。  ６　その他、事業において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用については実費を徴収する。  ７　正当な理由がなく地域密着型通所介護サービスをキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じてキャンセル料を徴収する。  ８　前７項までの利用料等の支払を受けたときは、利用料とその他の費用（個別の費用ごとに区分）について記載した領収書を交付する。  ９　事業の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用料並びにその他の費用の内容及び金額に関し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。  10　費用を変更する場合には、あらかじめ、前項と同様に利用者又はその家族に対し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。  11　法定代理受領サービスに該当しない事業に係る利用料の支払いを受けた場合は、提供したサービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付する。  （通常の事業の実施地域）  第12条　通常の事業の実施地域は、大阪市○○区の区域とする。  （衛生管理等）  第13条　利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。  ２　事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。  （サービス利用に当たっての留意事項）  第14条　利用者は事業の提供を受ける際には、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態等を通所介護従業者に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意する。  （緊急時等における対応方法）  第15条　サービス提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告する。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。  ２　利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。  ３　利用者に対するサービス提供により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ものとする。  （非常災害対策）  第16条　非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年〇回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。  （地域との連携等）  第17条　サービス提供にあたっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね６月に１回以上、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。  ２　前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表する。  （苦情処理）  第18条　サービス提供に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じるものとする。  ２　事業所は、提供したサービスに関し、法第２３条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。  ３　事業所は、提供したサービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。  （個人情報の保護）  第19条　事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。  ２　事業者が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとする。  （虐待防止に関する事項）  第20条　事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。  （１）虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）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周知徹底を図ること  　（２）虐待防止のための指針を整備すること  　（３）虐待防止のための従業者に対する定期的な研修の実施  　（４）前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと  　（５）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備  　（６）その他虐待防止のために必要な措置  ２　前項の内、（１）、（２）及び（４）については講じるように  努めるものとする。  ３　事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、これを市町村に通報するものとする。  （その他運営に関する留意事項）  第21条　事業所は、通所介護従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備する。  （１）採用時研修　採用後〇ヵ月以内  （２）継続研修　　年〇回  ２　通所介護従業者は、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　事業所は、通所介護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、通所介護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るべき旨を、通所介護従業者との雇用契約の内容とする。  ４　事業所は、指定地域密着型通所介護〔指定介護予防型通所サービス又は指定短時間型通所サービス〕に関する記録を整備し、そのサービス提供の日から５年間保存するものとする。  ５　この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は＊＊＊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、令和〇年〇月〇日から施行する。 | ・「＊＊＊」は、開設者名（法人名）を記載してください。  ・「△△△」は、事業所の名称を記載してください。  ・大阪市条例第２７号等を参照の上、事業運営に関する基本方針を記載してください。  ・大阪市通所型サービス（第１号通所事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱等を参照の上、事業運営に関する基本方針を記載してください。  ・大阪市通所型サービス（第１号通所事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱等を参照の上、事業運営に関する基本方針を記載してください。  ・所在地は、丁目、番、号、ビル名を正確に記載してください。  ・生活相談員と兼務する場合は  （生活相談員と兼務）と記載してください。  ・人員に関する基準を満たす範囲で「○名以上」と記載することも可能です。  ・常勤と非常勤に分類して記載してください。  ・兼務がある場合は、（うち○名×××と兼務）と記載してください。  ・栄養職員、歯科職員、事務職員など、配置する場合のみ記載してください。  ・営業日・営業時間は、利用者からの相談や利用受付等が可能な時間を記載してください。  ・利用者に対するサービス提供時間を記載してください。  ・８時間以上９時間未満の通所介護の前後に連続して延長サービスを行う場合に、その可能時間帯を記載してください。  左記のうち、実際に提供する　サービスのみ記載してくださ  　い。  ・送迎費の徴収は、実費の範囲で設定してください。徴収しない場合は「片道○○円を徴収する」を「徴収しない」と記載してください。但し実施地域を超えて費用徴収する場合は道路運送法の確認をお願いします。  ・隣接する地域になります。  ・通常の実施地域に係る交通費は、介護報酬に含まれます。  ・原則として、大阪市内の区単位で設定してください  ・区内で詳細に分ける場合は、客観的に区域が特定できるように定めてください  ・事業所で定めた緊急時の対応方法について記載してください。  ・非常災害訓練等を定期的に行う回数を記載してください。  第20条2項については、  令和6年3月31日までの  経過措置です。  ・「＊＊＊」は、開設者名（法人名）を記載してください。 |

【記入例】（参考様式第31号）

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

申請書に記載した事業所名を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所又は施設の名称 | ○○○○ |
| 申請するサービスの種類 | ○○○○ |

|  |
| --- |
| 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)、担当者の設置等  　　・相談及び苦情に関する常設の窓口を設置し、相談担当者を設けている。  　　常設窓口：電　話　00-0000-0000　　ＦＡＸ　00-0000-0000  担当者：○○　○○  ※利用者にはこの内容の印刷物を配布し、周知する予定にしている。  　　・相談及び苦情の内容について、「相談苦情対応シート」を作成している。  ・担当者が不在の場合、誰もが対応可能なようにするとともに、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている。  ２　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順  ・苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。  ・管理者は、看護職員、介護職員等に事実関係の確認を行う。  ・相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。  ・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。）  ３　その他参考事項  ・事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。 |

備考　上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記入してください。







１０人以下の場合





事業所名称：○×介護サービス

収支予算書

←事業開始日から１年分を記入

（令和　　年　　月～　　年　　月）

(単位：千円)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科　　目 | 金　　額 | 根　　　　　拠 |
| 【収　入】  地域密着型通所介護  介護予防型通所サービス  短時間型通所サービス | ×××  ×××  ××× | （１ヶ月）  要介護1　　　円×　人＝　　　円  要介護2　　　円×　人＝　　　円  要介護3　　　円×　人＝　　　円  要介護4　　　円×　人＝　　　円  要介護5　　　円×　人＝　　　円  （計）×12ヶ月＝×××円  要支援1・2・事業対象者  　　　円×　人＝　　　円  （計）×12ヶ月＝×××円  要支援1・2・事業対象者  　　　円×　人＝　　　円  （計）×12ヶ月＝×××円 |
| 合　計（１） | ××× |  |
| 【支　出】  人件費  賃貸料  光熱水費  通信費  事務費  その他 | ×××  ×××  ×××  ×××  ××× | （１ヶ月）  管理者　　　　　　　　　　円＝D  生活相談員　　　　　　　　円＝E  看護職員　　　　　　　　　円＝F  機能訓練指導員　　　　　　円＝G  介護職員　　　　　　　　　円＝H  (D＋E＋F＋G＋H)×12ｶ月＝×××円 |
| 合　　計（２） | ××× |  |
| 差引収益（１）－（２） | ××× |  |

※科目は、それぞれの法人等に適用される会計基準等で作成してください。

それによりがたい場合については、上記を参考にしていただいても差し支えありません。

※認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護に要する経費のみを記載してください。

社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

Ⅰ．現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。

（該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 加入状況 |
| １ | **加入している。**　→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可）  ●保険料の領収証書　　　　　　　　　●社会保険料納入証明書  ●社会保険料納入確認書  ●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書  ●健康保険・厚生年金保険適用通知書   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |   ※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。  （本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。） |
| ２ | **現在、加入手続中である。** |
| ３ | **今後、加入手続を行う。**  （申請から３ヶ月以内に適用要件（法人事業所または従業員５人以上の個人事業所）に該当する予定の場合を含む。）  （　　）年（　　）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。） |
| ４ | **適用要件に該当しない。**（個人事業所（法人ではない事業所）であって従業員が４名以下の場合。申請から３ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。） |
| ５ | **適用要件に該当するか不明である。**  （個人事業所（法人ではない事業所）であって、正社員と、正社員以外で１週間の所定労働時間及び１ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の４分の３以上である者との合計が５人以上か不明な場合。） |

Ⅱ．現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。

（該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 加入状況 |
| １ | **加入している。**　→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可）  ●労働保険概算・確定保険料申告書  ●納付書・領収証等　　　　　　　　●保険関係成立届   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | － |  |  |  |   ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。  （本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。） |
| ２ | **現在、加入手続中である。** |
| ３ | **今後、加入手続を行う。**（申請から３ヶ月以内に従業員（パート・アルバイトを含む）を雇う予定がある場合を含む。）　　（　　）年（　　）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。） |
| ４ | **適用要件に該当しない。**（事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員（パート・アルバイトを含む）がいない、申請から３ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。） |

回答年月日　　　　　　年　　月　　日

事業所名称

事業所所在地

会社等法人番号

電話番号

※　事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと考えています。社会保険・労働保険

の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※　社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。

老人福祉法に基づく居宅生活支援事業等の届出について

介護保険法のサービスのうち、次のサービス提供を開始する場合は、老人福祉法の適用を受けることになりますので、「老人居宅生活支援事業開始届」又は「老人デイサービスセンター等設置届」の提出が必要となります。

１　事業開始届又はセンター等設置届

（１）届出が必要な居宅サービス

地域密着型通所介護・介護予防型通所サービス・短時間型通所サービス

（２）提出書類

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険法のサービス名 | 届出書類 |
| 地域密着型通所介護  介護予防型通所サービス  短時間型通所サービス | ・老人福祉センター等の他の用途に利用されている施設を利用する場合  　　老人居宅生活支援事業開始届（様式１の１）  ・単独に施設を設置する場合  　　老人デイサービスセンター等設置届（様式１の４） |

老人居宅生活支援事業開始届記入要領

（１）　「事業経営者」欄には、法人の所在地、名称並びに代表者の氏名を記載すること。

（２）　複数の種類の事業を開始する際には、それぞれの種類ごとに作成すること。

（３）　「職員の職種」「職務の内容」「職員の定数」欄は、記入不要です。

（４）　「主な職員の氏名」欄には、「管理者」について記入すること。

（５）　「事業を行おうとする区域」欄は、区単位で記入すること。

（６）　事業の用に供する施設の「種類」欄は、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、「入所定員」欄は、老人短期入所事業についてのみ記入すること

（７）　「事業開始予定年月日」欄は、記入不要です。

様式第1の1号

老人居宅生活支援事業開始届

令和××年××月××日

大阪市長　様

　　　事業経営者　住所　××市××町×丁目×番×号

名称　社会福祉法人　×××会

理事長　××　××

　次のとおり老人居宅生活支援事業を開始しますので、老人福祉法第14条の規定により届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事 業 の 種 類 | 老人居宅介護等事業 | |
| 経営者の氏名及び住所（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地） | 氏名（法人の名称）  社会福祉法人　×××会 | |
| 住所（主たる事務所の所在地）  ××市××町×丁目×番×号 | |
| 事業所の名称及び所在地 | 名　称　　夜間対応型訪問介護××× | |
| 所在地　　××市××町×丁目×番×号 | |
| 職員の職種 | 職務の内容 | 職員の定数 |
| オペレーター  **記入不要です。** | 通報及び相談等に対応し通報内容等を基に相談援助を行う又は訪問介護員等若しくは看護師等による対応の要否等の判断を行う。 | １　人 |
| 面接相談員 | 面接を通じ、利用者の状況を把握 | １　人 |
| 訪問介護員 | 排せつ、食事等の介護 | ５　人 |
|  |  |  |
| 主な職員の氏名 | ×田　×郎（管理者） | |
|  | |
| 事業を行おうとする区域 | 大阪市××区、××市 | |
| 事業の用に供する施設（老人デイサービス事業、老人短期入所事業又は痴呆対応型老人共同生活援助事業の場合） | 記入不要です。 | |
| 種　類 | |
| 所在地 | |
| 入所定員 | |
| 事業開始予定年月日 | 令和　××　年　××　月　××　日 | |

※添付書類（１）登記事項証明書又は条例（写し）

様式第1の４号

老人デイサービスセンター等の設置届

令和　　年　　月　　日

大阪市長　様

事業経営者　住　所　××市××町×丁目×番×号

名　称　社会福祉法人　×××会

理事長　××　××

　次のとおり老人デイサービスセンター等を設置しますので、老人福祉法第１５条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　　設 | 名　称  社会福祉法人　×××会　デイサービスセンター | | |
| 種　類  　　　老人デイサービスセンター | | |
| 所在地  　　　大阪市××区××町×丁目×番×号 | | |
| 職員の職種 | 職務の内容 | | 職員の定数 |
| 生活相談員  記入の必要はありません | 生活等についての相談・助言、介護計画の立案 | | ２　人 |
| 看護職員 | 健康状態の確認及び介護 | | ２　人 |
| 介護職員 | 入浴、食事の提供及びその介護 | | ２　人 |
| 機能訓練指導員 | 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言 | | ２　人 |
| 歯科職員 | 口腔機能向上を目的とした口腔清掃の指導及び訓練 | | ２　人 |
| 施設の長その他主な職員の氏名 | | ×山　×男（管理者） | |
| 事業を行おうとする区域 | | 大阪市××区 | |
| 老人短期入所施設の入所定員  記入の必要はありません | | （記入の必要はありません）　　　　　　人 | |
| 事業開始の予定年月日 | | 令和　××　年　××　月　××　日 | |

※添付書類（１）施設の長の氏名

（２）登記事項証明書

指定申請書類チェックリスト

※備考欄をご確認いただき、必要書類に不足がないか確認後に確認欄に☑をしてください。

※既に地域密着型通所介護の指定を受けており、介護予防型通所サービス・短時間型通所サ

ービスの申請をする場合は、**指定申請書添付書類チェックリスト②**を参照下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認 | № | | 提出書類 | | 様式等 | 備考 | |
| □ | １ | | 指定申請書 | | [様式第１号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-1_1gou_shinseisho.xlsx) | ・地域密着型サービス申請用 | |
| □ | ２ | | 指定申請書 | | [様式第１号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000344/344639/1-1_1gou_shinseisho-sougou.xlsx) | ・介護予防サービス及び第１号通所事業申請用（これらの事業の指定を受けない場合は不要です） | |
| □ | ３ | | 指定に係る記載事項 | | [付表９](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-1_fuhyou9-mittyakudei.xlsx) | ・単位が複数ある場合は[付表９別紙](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-1_fuhyou9bessi-mittyakudei.xlsx)を添付してください | |
| □ | ４ | | 法人登記事項証明書 | | （原本） | ・申請に係る事業を実施する旨の記載があることが必要。  ・発行日より３ヶ月以内の履歴事項全部証明書に限る。 | |
| □ | ５ | | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | | [参考様式](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-3_sankou1_09.xlsx)  [第1号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-3_sankou1_09.xlsx) | ・全従業員について、４週間分の勤務時間数を記載してください。  ・職種は、管理者、生活相談員、看護職員､介護職員、機能訓練指導員等に区分して記載してください。 | |
| □ | ６ | | 従業者の資格証明の写し | |  | ・資格証等の写しを「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した氏名の順に並べて提出してください。 | |
| □ | ７ | | 組織体制図 | |  | ・管理者や従業者が他の事業の兼務を兼ねる場合は、兼務関係、営業時間中による職務従事状況が明確にわかるように作成してください。  ・同一敷地内にある事業所で組織体制図を作成してください。 | |
| □ | ８ | | 案内図 | |  | ・最寄駅から事業所までの案内図（事業所名、事業所住所、電話・ＦＡＸ番号、最寄駅からの所要時間等）を作成してください。  ・パンフレット等を作成している場合は、それを添付していただいても結構です。 | |
| □ | ９ | | 平面図 | |  | ・各室の名称及び面積を記載してください。  （食堂・機能訓練室、事務室、相談室、静養室など）  ・当該事業に使用する設備・備品等（ナースコール、手すり、消防設備）の配置状況を記載してください。  ・食堂及び機能訓練室の内方をマーカー等で囲ってください。  ・写真に番号を付け、平面図に番号と方向を記載してください。  ※各室面積の積算根拠がわかる書類を添付していただく場合があります。 | |
| □ | 10 | | 写真 | |  | ・事業所の外観、入口、事業所名称、その他従業員の動線に関わる部分、及び平面図で示した箇所の内部の広さや設備・備品等の配置状況がわかる写真をＡ４台紙に貼付又はカラー印刷（Ａ４用紙１枚に４枚程度）し、平面図に撮影方向を明示した上で添付してください。  ・駐車場がある場合は、駐車場の写真を含む。 | |
| □ | 11 | | 設備・備品等一覧 | | [参考様式第９号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/sankou9.doc) | ・事業所に備え付けの設備及び備品一覧（品名・数量）を記載してください。 | |
| □ | 12 | | 賃貸借契約書の写し | |  | ・事業所が申請者法人所有でない場合、添付してください。 | |
| □ | 13 | | 建築確認申請に基づく建物の検査済証等の写し | |  | ・建築確認申請に基づく建物検査済証写しを添付してください。  ・改築に伴い用途変更等建築法上の手続きが必要な場合は、確認済証等を添付してください。（手続不要の場合は、理由書） | |
| □ | 14 | | 防火対象物使用開始届出書の写し | |  | ・防火対象物使用開始届出書の写しを添付してください。  ※受付印と検査済印の押印あるもの | |
| 確認 | № | | | 提出書類 | 様式等 | | 備考 |
| □ | 15 | | | [運営規程](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/uneikitei-dei02.08.docx) |  | | ・以下の内容を具体的に記載した運営規程を作成してください。  ①事業の目的及び運営の方針  ②従業者の職種、員数及び職務内容  ③営業日及び営業時間  申し込みや相談受付が可能な日・時間を記載してください。また、年間の休日も記載してください。  ④利用定員  ⑤内容及び利用料その他の費用の額  ⑥通常の事業の実施地域  市町村（大阪市・堺市にあっては区）単位での設定を基本とします。同一市区町村内で詳細に定める場合は、客観的にわかるように定めてください  ⑦サービス利用にあたって留意事項  ⑧緊急時等における対応方法  ⑨非常災害対策  ⑩その他の運営に関する重要事項  ※運営推進会議に係る項目を記載してください。 |
| □ | 16 | | | 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](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/sankou31.doc)  [第31号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/sankou31.doc) | | ・次の事項について、具体的に記載してください。  ①利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口及び担当者の設置（担当者名や連絡先）  ②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順  ③その他参考事項 |
| □ | 17 | | | 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 |  | | ・損害賠償責任保険証書の写し（加入手続中の場合は、申込書及び領収書の写し）を添付してください。  ・上記書類で、申請事業（地域密着型通所介護・介護予防通所介護事業）が保険の対象と分らない場合は、保険のパンフレット等の添付も必要です。 |
| □ | 18 | | | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び体制状況一覧表 | ・[介護給付費算定に係る届出書](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/k-todoke-mittyaku.xlsx)  ・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（[参考様式第６号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/sankou6-miltutyakudei.xls)） | | ・介護予防型通所サービス、短時間型通所サービスの介護給付費算定に係る体制等状況一覧は[参考様式10-10](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000344/344639/taisei10-10.xls)  ･加算等の算定要件等を確認のうえ、介護給付費の算定に係る体制等についてご記入ください。  [※介護職員処遇改善加算に係る届出一式](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000248108.html)  [※介護職員等特定処遇改善加算に係る届出一式](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000248108.html) |
| □ | 19 | | | 誓約書 | [参考様式](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-3_sankou6-seiyakusyo.xlsx)  [第7号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-3_sankou6-seiyakusyo.xlsx) | | ・申請にあたり、介護保険法各号を必ず確認いただき、該当しない場合は署名欄を記入してください。 |
| □ | 20 | | | 協力医療機関との契約内容 |  | | ・療養型のみ |
| □ | 21 | | | 施設概要 |  | | [・地域密着型サービス運営委員会にかかる資料](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000329/329210/11shisetugaiyou.xls) |
| □ | 22 | | | 設備基準確認シート |  | | [・地域密着型サービス運営委員会にかかる資料](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000329/329210/18tiikidei.xls) |
| □ | | 23 | | 指定に関する人員基準申告書 |  | | ・地域密着型サービス運営委員会にかかる資料  （[定員１０人以下](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000329/329210/26tiikidei.xls)、[定員１１人以上](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000329/329210/25tiikidei.xls)） |
| □ | | 24 | | 収支予算書 |  | | ・[地域密着型サービス運営委員会にかかる資料](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000329/329210/22syushi.xls)  ・事業開始から１年間の収支予算を作成してください。 |
| □ | | 25 | | 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票 |  | | ※社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票[（参考様式１３）](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000344/344639/sankou13-syakaihoken.xlsx)  ※加入している場合は確認票に記載の書類の写し |
| □ | | 26 | | [老人居宅生活支援事業開始届](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4494/kaisi-kyotaku.doc) | 老人福祉センター等の施設と共用する場合 | | ・老人福祉法上の届出が必要となります。  なお、添付書類については、指定申請の法人登記事項証明書等にて確認できるため不要です。 |
| [老人デイサービスセンター等設置届](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4494/setti-dei.doc) | 単独に施設を設置する場合 | | ・老人福祉法上の届出が必要となります。  なお、添付書類については、指定申請の法人登記事項証明書等にて確認できるため不要です。 |
| ※ | | 27 | | 業務管理体制に係る届出 | 指定後に郵送で届出 | | ※届出については、大阪市ホームページ「[介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出について](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000308354.html)」を確認し、**指定後に郵送で提出してください。初めて指定を受ける法人は必ず提出してください。**すでに指定をお持ちのサービスがある法人は必要に応じて提出してください。 |
| ※ | | 28 | | 水防法改正に伴う要配慮者利用施設における避難確保計画の作成等の報告 | 大阪市危機管理室へ指定後に届出 | | ※報告書提出については、大阪市ホームページ「[水防法改正に伴う要配慮者利用施設における避難確保計画の作成等について](https://www.city.osaka.lg.jp/kikikanrishitsu/page/0000409706.html)」を確認し、指定後に必ず、大阪市危機管理室へ提出してください。 |

**指定申請書類チェックリスト②**

（地域密着型通所介護の指定を既に受けており、第1号事業を指定申請する場合）

※備考欄をご確認いただき、必要書類に不足がないか確認後に確認欄に☑をしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認 | № | 提出書類 | 市内 | 市外 | 様式等 | 備考 |
| □ | １ | 指定申請書 | 〇 | 〇 | [様式第１号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-1_1gou_shinseisho.xlsx) | ・第1号事業用 |
| □ | ２ | 指定に係る記載事項 | 〇 | 〇 | [付表９](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-1_fuhyou9-mittyakudei.xlsx) | ・単位が複数ある場合は[付表９別紙](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-1_fuhyou9bessi-mittyakudei.xlsx)を添付してください |
| □ | ３ | 法人登記事項証明書 | 〇 | 〇 | （原本） | ・申請に係る事業を実施する旨の記載があることが必要。  ・発行日より３ヶ月以内の履歴事項全部証明書に限る。 |
| □ | ４ | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 |  | 〇 | [参考様式](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-3_sankou1_09.xlsx)  [第1号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-3_sankou1_09.xlsx) | ・全従業員について、４週間分の勤務時間数を記載してください。  ・職種は、管理者、生活相談員、看護職員､介護職員、機能訓練指導員等に区分して記載してください。 |
| □ | ５ | [運営規程](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/uneikitei-dei02.08.docx) | 〇 | 〇 | [参考資料](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/uneikitei-dei02.08.docx) | ・以下の内容を具体的に記載した運営規程を作成してください。  ①事業の目的及び運営の方針  ②従業者の職種、員数及び職務内容  ③営業日及び営業時間  申し込みや相談受付が可能な日・時間を記載してください。また、年間の休日も記載してください。  ④利用定員  ⑤内容及び利用料その他の費用の額  ⑥通常の事業の実施地域  市町村（大阪市・堺市にあっては区）単位での設定を基本とします。同一市区町村内で詳細に定める場合は、客観的にわかるように定めてください  ⑦サービス利用にあたって留意事項  ⑧緊急時等における対応方法  ⑨非常災害対策  ⑩その他の運営に関する重要事項  ※運営推進会議に係る項目を記載してください。 |
| □ | ６ | 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類 | **※** |  |  | ・損害賠償責任保険証書の写し（加入手続中の場合は、申込書及び領収書の写し）を添付してください。  **※**既に指定済みサービスにおいて提出済みの場合は、申請サービスが保険適用であるか確認し、保険適用が切れている場合は改めて提出が必要。 |
| □ | ７ | 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書及び体制状況一覧表 | 〇 | 〇 | ・[介護給付費算定に係る届出書](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000344/344639/k-todoke-sougoujigyou.xlsx) | ・介護予防型通所サービス、短時間型通所サービスの介護給付費算定に係る体制等状況一覧は  [参考様式10-10](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000344/344639/taisei10-10.xls)  [※介護職員処遇改善加算に係る届出一式](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000248108.html)  [※介護職員等特定処遇改善加算に係る届出一式](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000248108.html) |
| □ | ８ | 誓約書 | 〇 | 〇 | [参考様式](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-3_sankou6-seiyakusyo.xlsx)  [第7号](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4456/2-3_sankou6-seiyakusyo.xlsx) | ・申請にあたり、介護保険法各号を必ず確認いただき、該当しない場合は署名欄を記入してください。 |
| □ | ９ | 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票 | 〇 |  |  | ※社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票[（参考様式１３）](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000344/344639/sankou13-syakaihoken.xlsx)  ※加入している場合は確認票に記載の書類の写し |
| □ | 10 | 廃止届・変更届 | ※ | ※ |  | ※提出する必要があれば提出して下さい。 |
| □ | 11 | ・[老人居宅生活支援事業開始届](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4494/kaisi-kyotaku.doc) | ※ |  |  | ・単独設置の場合  ※既に通所介護等の指定を受けている場合は、提出不要 |
| □ | 12 | ・[老人デイサービスセンター等設置届](https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000004/4494/setti-dei.doc) | ※ |  |  | ・施設併設の場合  ※既に通所介護等の指定を受けている場合は、提出不要 |
| □ | 13 | その他 |  | 〇 |  | ・指定通知書等の写し  ・平面図 |