

地域密着型サービス事業者の指定申請に係る事前協議後の手続きについて

(高齢施設課所管分)

各申請者が公平かつスムーズに指定申請を行って頂くために、本書の手順に従って申請を行って頂きますようお願いいたします。

今後は、高齢施設課から指定申請および認知症介護実践者研修受講者の推薦依頼について勸奨（お知らせの送付等）は行いませんのでご注意ください。指定申請まで本書を保管し、担当者が変更される場合等は引継ぎに漏れが無いようにご注意ください。

一 事前協議完了について

事前協議は、本市担当者との協議後、当市の内部審査を経て、概ね偶数月の月末に開催される、大阪府地域密着型サービス運営委員会(以下「委員会」という。)の意見聴取を経たのちに完了します。委員会において、運営、設備上の指摘等があった場合は、との協議の再開をお願いし、希望する指定日に指定できない場合があります。本市担当者との協議の終結を以て協議が完了するものではありませんのでご注意ください。

委員会での意見の内容および事前協議の完了については、本市より書面にて指定申請者の法人住所あてに送付します。結果を急ぎご確認されたい場合は、高齢施設課までお電話にてお問合せ下さい。(法人担当者、または法令上申請代行の権限を有する方がお問合せください。) 事業所の着工(改築を含む)等については、必ず事前協議が完了したことを確認してから行ってください。

～安全性を欠いたり、希望と異なったりする建物・設備とならないために～

竣工検査を行うと、ナースコールの性能や事業所内の段差が利用者の処遇に支障を来すと判断せざるを得ないケースがあります。

申請者に確認すると、「ナースコールに希望していた機能がついていなかった。」「想定していたものと違う機種（ナースコールや扉等）を部下が発注してしまっていた。」「避難路にこんな段差ができるなんて思っていなかった。」「施工業者に伝わっていると思っていた。」といった声が寄せられることがあります。

特にナースコールや避難口の段差解消は利用者の安全確保に重要です。責任者が仕様書をよく確認し、希望通りの建物・設備となっているか、着工までに法人内部、及び、施工業者等と綿密に打ち合わせを行ってください。

二 建築確認について

1 建築確認申請について

事前協議の際に提出したものと同様の図面で建築確認申請を行ってください。他部局からの行政指導によらない図面変更は原則お控えください。

万が一、希望による図面変更(軽微なものも含む)・行政指導等による大幅な図面変更がある場合は、予め高齢施設課あてに電話のうえ変更箇所をご説明のうえ、別添1の「計画図面変更申出書」に新旧平面図を添付してご郵送ください。(※来庁をお願いした場合は、来庁時にご持参ください。※他部局からの行政指導による軽微な変更については事前の電話報告及び「計画図面変更申出書」の提出は不要です。調査報告書の経由印を取得する際にご提出ください。)

変更内容によっては、ご来庁頂き本市と協議を行っていただく場合があります。この場合は委員会

に再付議し、委員会の意見を確認するまで、下記2の経由印を押印できない場合があります。なお、建築士等の同席は可能ですが、図面変更の電話説明・再協議は法人担当者が行ってください。

2 調査報告書の経由印について

意見書記入欄に高齢施設課の経由印を押印します。次の要領で調査報告書をご持参ください。
(地域密着型特養については経由印は不要です)

《添付書類》

- ・周辺図
- ・平面図

(居室(宿泊室)、居間食堂の有効面積(内寸)・廊下の有効幅(内寸)が明記されたもの)

《来庁者》

設計事務所の来庁可。ただし、①指定申請を行う法人名 ②事前協議からの図面変更の有無と変更がある場合は、変更箇所を説明できる方が来庁してください。①、②が判明しない場合は再来庁をお願いする場合があります。

※ 図面変更がある場合は調査報告書に添付する平面図とは別に別添の「計画図面変更申出書」に新旧平面図を添付してご来庁下さい(予め提出している場合は不要)。

本市との再協議を経ない大幅な図面変更(行政指導によるもの)又は、希望による図面変更(軽微なものを含む)があることが判明した場合は、原則、経由印を押印できません。法人担当者による再協議をお願いします。

《来庁について》

担当者が不在の場合がありますので、在席状況を確認の上ご来庁ください。

三 大阪市介護実践者研修受講者の推薦について(地域密着型特養・特定施設は受講不要)

当該研修は、各回の申込期間内に「大阪市社会福祉研修・情報センター(ウェルおおさか)」宛に申し込んでください。研修の受講枠が限られているため、条件を満たす希望者については、本市より推薦を行いますので、別添2の「大阪市実践者研修受講者推薦の依頼について」をご確認の上、高齢施設課あてに推薦の依頼を提出してください。(ウェルおおさか宛に受講の申し込みを行っていない場合は、推薦の有無にかかわらず受講できません。)

また、本市から推薦依頼の勧奨や申込期間の案内は行いませんので、「大阪市社会福祉研修・情報センター(ウェルおおさか)」のホームページ等で申込期間の確認を行ってください。

管理者・計画作成担当者の予定者が資格要件を満たさない場合は、指定申請を行えませんので、必ず指定申請時まで、必要な研修を修了できるよう、スケジュール管理にはご注意ください。

四 指定申請について

1 法令の確認について

関連法令を確認してご理解の上、指定申請を行ってください。法令等を確認・理解されないまま指定申請をされますと、大幅な計画変更が必要になったり、申請書類の補正に時間を要したりし、希望する時期に指定を受けることが出来ない場合があります。法令や基準を十分にご確認のうえで手続きをお願いいたします。

《参考》 (※以下をクリックするとウェブページに遷移します)

- 大阪市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(大阪市条例第 27 号)
- 大阪市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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等を定める条例(大阪市条例第 32 号)
- 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準
- 指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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
- 厚生労働省 介護サービス関係 Q&A

2 申請期限・面談の予約について

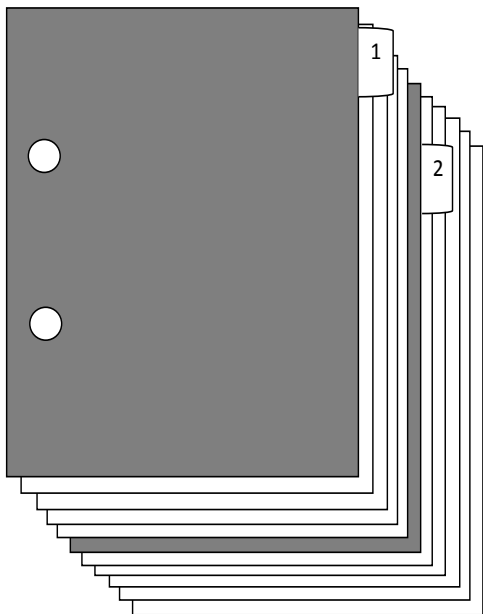
申請期限は、委員会開催月(概ね偶数月の月末に開催)の前月末です。提出書類の補正に時間を要する場合がありますので、余裕をもって面談予約を行ってください。

グループホームについては、原則選定を受けた翌年度中に指定を受けてください。翌年度中に指定を受けることが出来ない場合は高齢施設課までご報告ください。地域密着型特別養護老人ホーム、地域密着型特定施設入居者生活介護については、公募時に示したスケジュールに沿って指定申請を行ってください。

その他の、サービス種別については、概ね事前協議完了から1年以内に指定申請を行ってください。

3 提出書類について

原則 **すべて** の必要書類を次の要領で準備し **ファイリング** の上、来庁日をご予約ください。



○「指定申請に係る添付書類一覧」の番号の順に並べ、提出書類と書類の間に、任意の紙を挿入し一覧表の番号を記入した、インデックスを貼付してください。

※提出書類に直接インデックスを貼付しないでください。

※付箋等の剥がれやすものをインデックスとして使用しないでください。

○初回面談時に提出出来ない書類がある場合は、提出書類の代わりに、初回に提出できない旨の申出と提出可能時期を記入してください。

○証明書類・資格関係書類の写しにはすべて原本証明を行ってください
(例) 本書は原本と相違ないことを証明する。理事長 ○○ ○○ 印

※①写真②建築基準法上の検査済証③防火対象物使用開始届以外は初回面談時にご用意ください。

但し、①は備品が入った状態で撮影し指定申請期限(委員会月の前月末日)までに、②③は竣工検査時までにご提出しても構いません。(ただし、検査は指定申請期限までに終了している必要があります。)

従来、申請書類の提出期限を委員会月の前月末までとしていたところですが、公平性の確保と適

正な竣工検査を行うために申請期限を厳格に取り扱います。②③以外の書類を本市の指導によるなど特段の事情がある場合を除いて、指定申請期限を超えて提出することは認めません。

※①～③以外を初回面談時に準備できないが、先行して初回面談を行う特段の必要がある場合や、提出書類の書き方等に疑義がある場合は、予めご来庁前に電話でご相談ください。

※書類に不備がある場合は受付を行えませんので、提出書類をご確認のうえご来庁ください。不備が多い場合・上記1の法令等を確認されていないと判断する場合は面談を打ち切り、再来庁をお願いする場合があります。

※指定申請の様式は本市ホームページ「地域密着型サービス事業者の指定・変更様式集」からダウンロードしてください。<http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000004456.html>

4 竣工検査について

竣工検査は、概ね委員会が開催される月の上旬に行います(地域密着型特養は概ね委員会月の前月中に行いますので必ず担当者に確認してください)。竣工検査時には利用者の処遇にかかる備品はすべて納入された状態にし、ナースコールは(子機も含む)稼働する状態にしておいてください。また、外構も含め利用者の避難路になる通路は完成している状態にしておいてください。

利用者の処遇を確認できない状態にあると判断した場合は、再度竣工検査を行うことがあります。この場合は希望する日に指定を受けることができないこともありますので、備品の納期等について、予め確認を行っておいてください。

5 指定について

申請書の受理をもって指定ということではありません。その後、指定要件を満たしているかを審査し、委員会で意見を聞いた上で決定し、「指定時研修」受講後に指定通知書を交付します。また、審査の結果、申請書類の受理後であっても申請書類の記入内容の補正等をお願いすることがあります。必要な補正がなされない場合や、指定要件を満たしていない場合は、希望日に指定できないこともあります。

なお、委員会の意見を受けて、事業運営等について指定にかかる意見を付すことがあります。意見の有無に関わらず、書面にて法人住所あてに、意見の内容を送付します。意見の内容によっては、書面の郵送に先立って、高齢施設課より口頭でお伝えし、再度協議をお願いする場合があります。

お問合せ・書類提出先

大阪市福祉局高齢者施策部高齢施設課
〒541-0055

中央区船場中央三丁目1番7号
船場センタービル7号館3階331号室
電話 06-6241-6320 / 06-6841-6530

別添1

- この書類は切り取らずに使用し、添付書類は左肩にホッチキスで止めてください
 - 申出日を必ず記入してください
 - 新旧図面を添付して(新旧の別を明記)変更箇所をラインマーカーなどで示してください。
 - 申請者欄には法人名、法人代表者名を記入してください。
 - 3については、「車椅子対応トレイの位置を変更する」「図面北側の倉庫を相談室に変更する」等具体的に示してください。
-

年 月 日

大阪市長 様

申請者

印

「計画図面変更申出書」

次の通り、計画図面の変更を申出ます。

記

1 事業種別

2 事業予定地

3 変更箇所

4 変更理由

「大阪市実践者研修受講者推薦の依頼について」

○推薦を受けることができる方

「大阪市社会福祉研修・情報センター(ウェルおおさか)」の申込期限におい本市との事前協議が終了予定の事業所で管理者又は計画作成担当者に**就任予定の方**

※推薦可能件数は、最大、新規事業所で配置予定の人数分のみです。職員の退職等により、重ねての推薦が必要になった場合は必ず高齢施設課にご相談ください。

※グループホームの管理者の推薦について

募集要項において計画の変更は原則認めないとしているところですので、公募選定時にグループホームでの管理者経験5年以上の方を配置するとした法人については、管理者の推薦は対象外です。また、指定介護保険事業所で管理者経験3年以上の方を配置するとした法人については、当該経験を有する方のみが推薦対象です。

○推薦依頼受付期間

「大阪市社会福祉研修・情報センター(ウェルおおさか)」における**申込期限の20日前から10日前までの期間内**(申し込開始日(20日前)が閉庁日の場合は直前の開庁日から申込最終日(10日前)が閉庁日の場合は直後の開庁日まで)に次ページの依頼書を高齢施設課あてに**送付(必着)してください。**

(依頼期間の例) ウェル大阪への申込期限が平成28年10月21日の場合、大阪市への推薦依頼の受付期間は平成28年9月30日(20日前の10月1日(土)は閉庁日のため、9月30日より受付開始)～10月11日まで

※FAX、メールによる受付は行いません。封筒に分かりやすく「実践者研修推薦依頼書在中」と朱書きしてください。書類受領後概ね5開庁日以内に、着確認のメールを送付します。メールが送付されない場合は、お手数ですが高齢施設課までお問合せください。

※地域密着型サービス認知症介護研修(開設者・管理者・計画作成担当者研修)の推薦は行いません。

※ウェル大阪への申込がない場合は、推薦の有無に関わらず受講できません。

※同法人が複数の方の推薦を希望する場合は、希望回次を振り分けて推薦を依頼してください。ウェル大阪への申込も同様です。

例えば平成28年度5回6回の募集の場合、法人から推薦希望者が2名の場合は5回と6回に1名ずつ振り分けてください。5名の場合は3名と2名に振り分けてください。

大阪市長 様

法 人 名

担 当 者 名

担当者連絡先

メールアドレス：

電 話 番 号：

大阪市認知症介護実践者研修推薦依頼書

標題について、次の通り推薦を依頼します。

1. 受講希望者氏名	(フリガナ)
2. 開設予定事業種別	認知症対応型共同生活介護 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護
3. 就任予定職種	管理者 計画作成担当者(介護支援専門員資格なし) 介護支援専門員
4. 開設予定事業所名	
5. 開設予定事業所所在地	
6. 現職場名又は雇用予定日	
7. 受講希望回次	平成 年度 第 回

グループホームで管理者の推薦を希望する場合のみ記載(あてはまるものにチェックを入れてください)

公募時に示した条件	誓約
<input type="checkbox"/> グループホームでの管理者経験5年以上 <input type="checkbox"/> 指定介護保険事業所での管理者経験3年以上 <input type="checkbox"/> 経験なし	<input type="checkbox"/> 左記の示した条件は公募時に提示した条件と相違ありません。 <input type="checkbox"/> 指定介護保険事業所で3年以上の管理者経験がある者の推薦を依頼します。

※2, 3については、あてはまるものを○で囲んでください

※4については、未定の場合は「未定」と仮称の場合は「(仮称) 事業所名」と記載してください。

※6については、法人内の他の事業所で就労している場合は事業所名を記載してください。法人内で就労していない場合は雇用予定日を記入してください。

※7については、法人から複数の推薦希望者がある場合は希望回次を均等に振り分けてください。

※この依頼書に高齢施設課より送付された事前協議完了を通知する通知書の写しを添付してください。
平成28年3月以前に事前協議が完了している場合、または、通知書が未到達の場合は事前協議申出書の写しを添付してください。