

# 事業者指定申請について

## 選択型通所サービス

※通所事業は指定申請予約の前に事前協議が完了していないと申請受付できませんのでご注意ください。必ず選択型通所（第1号通所）事業の開設をお考えの方へをご確認していただくようお願いいたします。

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)

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「**ステープラー**」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	選択型通所（第1号通所）事業の開設をお考えの方へ……………	1
2	指定申請にあたって……………	3
3	指定を受けるための要件について……………	2
4	人員及び設備に関する基準について……………	5
5	指定申請に必要な書類と作成方法……………	6
6	申請書等の記入例等……………	9
7	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……………	24

## 1 選択型通所（第1号通所）事業の開設をお考えの方へ

介護保険法による第1号通所事業を実施する場合は、まず、老人福祉法に規定する「老人デイサービスセンター」でなければなりません。また、介護保険の事業者としての指定を受けるに当たっても、人員の基準とともに設備に関する基準が定められています。

新規に第1号通所事業を始められるに当たっては、事業を行おうとする建物がこれらの基準に適合しているかを確認させていただくため、事前協議を行っております。

ついては、第1号通所事業を行おうとする建物の改修・新築の前に、下記の書類を作成のうえ、事前協議を行ってください。（計画図面が基準に適合していない場合、再協議又は協議できない場合があります。）

こちらは総合事業の第1号通所事業の中の選択型通所サービスのみのご案内となりますので、居宅サービス（利用定員が19名以上）の通所介護や総合事業の介護予防型通所サービス及び短時間型通所サービスは「[通所介護事業の開設をお考えの方へ](#)」を、利用定員が18名以下の地域密着型通所介護をお考えの方は「[（入居、宿泊を伴わない）指定地域密着型サービス事業者の指定にかかる事前協議等について](#)」のホームページをご確認ください。

### 【1】事前協議について（協議に必要な書類）

- (1) [選択型通所事業計画書・企画書（協議様式1-1、1-2）](#)
- (2) [選択型通所事業施設整備チェックリスト（協議様式2）](#)
- (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（協議様式3）](#)
- (4) [消防署との協議記録（協議様式4）](#)
- (5) 危機管理室との協議事項（協議様式5）
- (6) 土地及び建物の図面（改修・新築の計画図面です）
  - 【建物の図面について】
    - ・各室の名称及び面積を記載してください。
    - ・面積の計算根拠となる寸法を記載してください。
    - ・食堂及び機能訓練室の内法をマーカー等で囲ってください。
- (7) 近隣の住宅地図等（施設周辺の様子がわかるもの）
- (8) 現況の写真（A4台紙に貼付又はカラー印刷してください）
- (9) 土地及び建物の登記簿の「全部事項証明書（発行から3か月以内のもの）」（新築の場合、建物部分については不要）
- (10) 建物の賃貸借契約書（案）の写し
  - ※建物が申請法人所有で、土地所有者が異なる場合、土地の賃貸借契約書（案）の写し

※ 事前協議終了後に控えとして選択型通所事業計画書・企画書の写しの送付をご希望の場合は返信用封筒（返信に必要な額の切手を貼ったもの）を同封してください。

※ 新築・増改築等を行うにあたり建築確認申請が必要な場合は、「ひとにやさしいまちづくり整備要綱に基づく建築物の事前協議」も必要となる場合がありますので計画調整局 開発調整部開発誘導課（06-6208-9319）にお問い合わせください。

## 【2】 事前協議の受付から申請について

### (1) 受付

- (ア) 送付の方法により受付は随時行っています。
- (イ) 事前協議は補正期間を考慮してください。

### (2) 事前協議から指定までの流れ

①事前協議書類を送付にて届出てください

↓ ※指定申請予約までに協議が完了する必要があります。

②事前協議書類の確認

↓

③事前協議書類の受理

} 不備に係る補正

↓ ※事前協議終了後、建築・改修を行ってください。

④施設の建築・改修

↓

⑤指定申請予約申込 毎月15日～翌月10日（指定予定月の3か月前）

↓ 日程は、大阪市ホームページ

「[新規介護保険事業者の指定申請予約申込について](#)」のとおりです

⑥指定申請初回受付日の通知 申込締切月の20日頃に申請法人あてに送付します。

↓ 審査事務手数料の納入通知書の送付（申込締切月の25日ごろに法人あてに送付  
↓ します）

⑦老人福祉法による設置届出 ←指定申請時に併せて提出いただきます。

↓ ※介護保険法による通所介護を実施する場合には、老人福祉法第15条第2項に規定する「老人デイサービスセンター等の設置届」等の届出が必要となります。

⑧審査事務手数料の納付

⑨介護保険法による指定申請 指定申請予約翌月1日～8日ごろまでが初回の申請受け  
けとなり、その月末までに申請書類を漏れなく提出いただく必要があります。

↓ ※建築・改修が終了し、必要な検査を終え、人員の確保、設備の設置、備品等の配置がされている必要があります。

⑩現地調査（原則、事業開始前月の5日～15日の期間）

↓

⑪指定時研修（事業開始前月25日頃）

↓ 指定時研修後に、指定通知書を交付します。

⑫事業開始（指定時研修後翌月1日）

### (3) 申請

指定を受けるにあたっては、期間内に申請書類を提出し、「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。）

### (4) 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。

## 2 指定申請にあたって

選択型通所サービス事業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「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」を確認いただき、基準要綱どおり事業の実施が可能かどうかご検討の上、申請を行ってください。

## 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、以下の要件を満たしてい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。

○株式会社等の営利法人

(定款の目的欄への記載例)

●「介護保険法に基づく第1号通所事業」

●「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。

○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。また、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。

なお、手続きに時間がかかる場合は、事前に介護保険課（指定指導グループ）へご相談ください。

②「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基準要綱に従って適正な事業の運営ができること。

④「大阪市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」第11条第3項第3号から第13号までの欠格条項に該当していないこと。

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。

なお、指定申請時に同一名称の事業者が既に存在している場合は、事業所名称の変更が必要となりますのでご了承ください。

## 4 人員及び設備に関する基準について

### (1) 人員に関する配置基準

#### (運動器の機能向上プログラムの提供を行う場合)

職種	資格要件	配置基準
管理者(※1)	なし	・専らその職務に従事する者1名
医師又は看護職員(※2)	医師、看護師、准看護師	・サービスの単位ごとに、サービスを提供している時間帯を通じて、医師又は看護職員(専ら運動器の機能訓練向上プログラムの提供に当たる者に限る)が、1名以上確保されるために必要と認められる数。
機能訓練指導員等	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、健康運動指導士又は健康運動実践指導者 (※3 一定の実務経験を有するはり師、きゅう師)	・サービスの単位ごとに、サービスを提供している時間帯を通じて、機能訓練指導員等(専ら運動器の機能訓練向上プログラムの提供に当たる者に限る)が、1名以上確保されるために必要と認められる数。
補助従業者(※2)	なし	・サービスの単位ごとに、サービスを提供している時間帯を通じて、専ら運動器の機能訓練向上プログラムの提供に当たる者が、1名以上確保されるために必要と認められる数。

#### (口腔機能向上プログラムの提供を行う場合)

職種	資格要件	配置基準
管理者(※1)	なし	・専らその職務に従事する者1名
歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士	歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士	・サービスの単位ごとに、サービスを提供している時間帯を通じて、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士(専ら口腔機能向上プログラムの提供に当たる者に限る)が、1名以上確保されるために必要と認められる数。
補助従業者	なし	・サービスの単位ごとに、サービスを提供している時間帯を通じて、専ら口腔機能向上プログラムの提供に当たる者が、1名以上確保されるために必要と認められる数。

#### (栄養改善プログラムの提供を行う場合)

職種	資格要件	配置基準
管理者(※1)	なし	・専らその職務に従事する者1名
医師又は管理栄養士	医師、管理栄養士	・サービスの単位ごとに、サービスを提供している時間帯を通じて、医師又は管理栄養士(専ら栄養改善プログラムの提供に当たる者に限る)が、1名以上確保されるために必要と認められる数。
補助従業者	なし	・サービスの単位ごとに、サービスを提供している時間帯を通じて、専ら栄養改善プログラムの提供に当たる者が、1名以上確保されるために必要と認められる数。

※1 管理者は、管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができます。

※2 利用定員が10名以下の場合、医師又は看護職員若しくは補助従業者は、専ら運動器の機能訓練向上プログラムの提供に当たる者が、1名以上確保されるために必要と認められる数で可。

※3 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か月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者です。

【注】「専ら」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) 設備に関する基準

設備	内容
選択型通所サービスの事業の用に供する占有スペース	・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して面積を確保することは認められない場合がある
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
その他の必要な設備	・選択型通所サービスの提供に必要なもの
【注】設備については、専ら選択型通所サービスの事業の用に供するものでなければならない	

## その他の必要な備品の考え方

便所	・男性、女性が同時利用出来るよう、複数設置している。 (又は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。) ・鍵付き扉の設置などのプライバシーへの配慮をしている。 ・緊急時には外から開錠できるようにしている。 ・適切な場所に「緊急呼び出し」等を設置している。 (又は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。)
手指洗浄スペース	・水道栓は自動水栓、レバー式など高齢者が使いやすいものとしている。 又は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。 ・ペーパータオル・液体石鹸・消毒液を設置している。(共用タオル・固形石鹸は不可。) ・液体石鹸・消毒液などのボトルは紐で固定する等誤飲予防対策をとっている。
静養室	・複数の人が同時に利用できるようにしている。 ・カーテン等によりプライバシーを確保している。 ・適切な場所に「緊急呼び出し」等を設置している。 (又は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。) ・静養室を設けない場合は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。
相談室	・プライバシーに配慮された構造としている。 ・テーブルや椅子など、相談に必要な設備を設置している。 ・相談室を設けない場合は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。
事務室	・事務を執るのに必要なスペース及び設備を確保している。 ・事務室を設けない場合は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。 ・鍵付き書庫、電話、FAX、パソコンを設置している。
汚物処理室及び衛生管理設備	・他の設備と区別した一定区画を有し、換気扇等を設置している。 ・設備を設けない場合、廃棄物について適切に管理を行っている。 ・感染症対策として、使い捨てのビニール手袋、マスク等を設置している。 ・消毒作業手順等について保健所の助言・指導を求め、密接な連携を確保できている。

## (3) その他の留意事項

### 一般原則・構造

- ①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している。
- ②災害等非常時の避難経路(最低2方向)を確保している。
- ③2階以上で事業を実施する場合、専用のエレベーターを確保している。  
(又は、職員の介助により段差の解消を適切に行う。)

### 玄関及び廊下

- ①段差解消、スロープ、手すりの設置など高齢者の利便性や安全に配慮している。  
(又は、職員の介助により段差の解消を適切に行う。)
- ②歩行器等の通行に支障のない幅員が確保されている。

### 選択型通所サービス事業の用に供する占有スペース



- ①入口廻りは、歩行器等の使用に配慮している。
- ②床材は滑りにくく、転倒しても怪我をしにくい材質にしている。
- ③サービスの提供に必要な設備を設置している。
- ④段差解消、スロープ、手すりの設置など高齢者の利便性や安全に配慮している。  
(又は、職員の介助により段差の解消を適切に行う。)

#### 「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資料として提出してください。

指定申請時に提出する消火設備その他の非常災害に際して必要な設備の確認資料として、所轄消防署の【受付印】が押印された「防火対象物使用開始届」あるいは、行政オンラインを用いて申請している場合は、申請内容をダウンロードし提出してください。

なお、事業開始前には、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。

#### 「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。改修の場合は、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。

※検査済証が確認できない物件の場合は、下記のガイドラインを参照してください。

「検査済証のない建築物に係る指定確認検査機関等を活用した建築基準法適合状況調査のためのガイドライン」について

[https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/jutakukentiku\\_house\\_fr\\_000061.html](https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/jutakukentiku_house_fr_000061.html)

#### 「大阪市ひとにやさしいまちづくり整備要綱」に基づく事前協議について

建築確認申請が必要な場合は、大阪市計画調整局開発調整部開発誘導課との間でも事前協議が必要です。介護保険法に規定する設備基準を満たした上で手続きをお願いします。

※詳細は下記ホームページをご確認ください。

「ひとにやさしいまちづくり整備要綱に基づく建築物の事前協議」

<https://www.city.osaka.lg.jp/toshikeikaku/page/0000481667.html>

#### 「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>

## 5 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指定第1号事業者申請書 別紙様式第三号(四)

②第1号通所事業(選択型通所サービス)事業者の指定に係る記載事項 付表第三号(二)

③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員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 誓約書

キ 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

賃貸借契約書

損害賠償発生時に対応できることが確認できる書類

社会保険及び労働保険の加入状況にかかる確認できる書類 など

### (2) 申請書類作成にあたっての留意事項

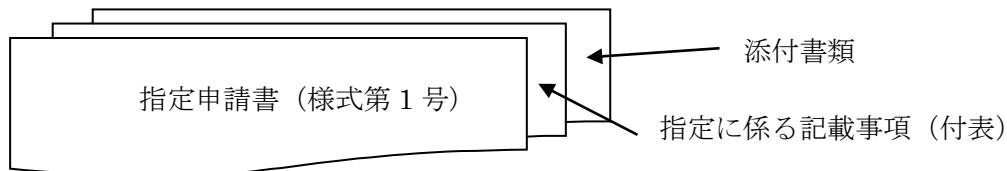
申請書類の大きさは、A4サイズ(日本工業規格A列4番)としてください。

### (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。



### (4) 申請に必要な添付書類の説明

ア 申請者の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ヶ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員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

(1) 従業員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、医師又は看護職員、機能訓練指導員等、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、補助従業者、その他(事務職員等)に区分して記載してください。

(2) 従業員の資格証明の写し等

・「従業員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) 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。
- ・占有スペース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。

(2) 写真（カラー写真）

- ・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。

(3) 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。

(4) 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）

(5) 防火対象物使用開始届出書の写し等

- ・防火対象物使用開始届出書の写し等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

- ・通所介護を行う事業所はAを、第1号通所事業を行う事業所はCをそれぞれ○で囲んでください。
- ・署名欄に、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 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

- 介護給付費の算定に係る体制等状況一覧
- ・算定要件等を確認のうえ、記入ください。

(2) 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。
- (3) 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。
- (4) 社会保険及び労働保険の加入状況にかかる確認書類について
- ・社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票
  - ・加入している場合は確認票に記載の書類の写し
- (5) 事業計画書
- ・当該事業の事業計画を作成してください。  
(事業内容、従業者等の予定人員、利用者の推定数、等)
- (6) 変更届等
- ・既に大阪市内で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。
- (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。

(記入例)

別紙様式第三号(四)

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

指定申請書

令和〇年 〇月 〇日

大阪市長 殿

所在地 大阪市中央区船場中央〇丁目〇番〇号

法人の登記事項全部証明書に記載の通り入力してください

申請者 名称 株式会社 大阪〇〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 大阪 太郎

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。

		法人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ オオサカマルマル				
	名称	株式会社 大阪〇〇〇			建物名や部屋番号を追記することも可能	
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 541 - 0000)		都道	市区	大阪府 大阪 中央区船場中央〇丁目〇番〇号
	連絡先	電話番号	00-0000-0000 (内線) 0000	FAX番号	00-0000-0001	
		Email	〇〇〇〇〇〇@〇〇.〇〇〇.△△			
	法人等の種類	営利法人				
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	オオサカ タロウ	生年月日
			氏名	大阪 太郎		
代表者の住所	(郵便番号 530 - 0000)		都道	市区	大阪府 大阪 北区中之島〇丁目◆番△号	
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑						<input type="checkbox"/>
指定事業を受けようとする種類	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等(該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式	
	介護予防訪問介護相当サービス				付表第三号(一)	
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)					
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)					
	介護予防通所介護相当サービス					付表第三号(二)
	緩和した基準による通所型サービス(定率)	○		令和〇年△月1日		
緩和した基準による通所型サービス(定額)						
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護				選択型通所サービスは緩和した基準による通所型サービス(定率)になります。	
	基準該当訪問介護					
	通所介護					
	基準該当通所介護					
	地域密着型通所介護					
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
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)					

- 備考
- 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
  - 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
  - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
  - 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

付表第三号(二) 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項

選択型通所サービス

サービス種類(該当に○)	介護予防通所介護相当サービス	緩和した基準による通所型サービス	定率	○					
			定額						
事業所	法人番号	000000000000							
	フリガナ	マルマルシカクシカクデイサービスセンター							
	名称	〇〇〇〇デイサービスセンター							
	所在地	(郵便番号 541 - 0000 ) 大阪 都道大阪府 市区町村 中央区船場中央〇丁目◆番〇-〇〇〇号□□□□ビル〇〇〇号室							
	連絡先	電話番号	00-0000-0002 (内線) 0001	FAX番号 00-0000-0003					
	Email	〇〇〇〇kaigo@〇〇.〇〇〇.△△							
管理者	フリガナ	コウセイ タロウ	住所	(郵便番号 557 - 0000 ) 大阪市西成区天下茶屋〇丁目口番△-〇〇〇号 〇×マンション					
	氏名	厚生 太郎							
	生年月日	平成〇年△月×日							
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等						
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
食堂及び機能訓練室の合計面積		20.50 m <sup>2</sup>	利用定員(同時利用)	5 人					
サービス提供単位1	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)			1		1	1		
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		○				○	○	○	
	営業時間		その他(年末年始休日等) 8/12~8/15、12/29~1/3						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	14 : 00		~		15 : 30		
土曜日		14 : 00		~		15 : 30			
日曜日・祝日				~					
サービス提供時間	14 : 00		~		15 : 30				
利用定員	5 人								
サービス提供単位2	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		その他(年末年始休日等)						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日			~				
土曜日				~					
日曜日・祝日				~					
サービス提供時間			~						
利用定員	人								
サービス提供単位3	○人員に関する基準の確認に必要な事項								
	従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)								
	非常勤(人)								
	○設備に関する基準の確認に必要な事項								
	営業日(該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
	営業時間		その他(年末年始休日等)						
	曜日ごとに異なる場合記入	平日			~				
土曜日				~					
日曜日・祝日				~					
サービス提供時間			~						
利用定員	人								
添付書類	別添のとおり								

【記載例】

事業開始月から、作成してください。

申請するサービスを選択。

事業所名称を入力

(1) 4週  
(2) 予定

(3)事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 時間/週 時間/月  
当月の日数 30 日

(4) 事業所全体のサービス提供単位数 1 単位  
複数単位ある場合、単位ごとに作成 1 単位目

(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 14:00 ~ 15:30 (計 1.50 時間)

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏名	(10)																														(11) 1~4週目の勤務時間数合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 業務状況(業務先及び業務する職務の内容)等	
					1週目							2週目							3週目							4週目							5週目					
					1月	2火	3水	4木	5金	6土	7日	8月	9火	10水	11木	12金	13土	14日	15月	16火	17水	18木	19金	20土	21日	22月	23火	24水	25木	26金	27土	28日						
1	管理者	D	—	厚生 太郎	シフト記号	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a							
					勤務時間数	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5			1.5	1.5	1.5	1.5	1.5			1.5	1.5	1.5	1.5	1.5			1.5	1.5	1.5	1.5	1.5							
2	看護職員	C	看護師	大阪 太郎	シフト記号	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a							
					勤務時間数	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5			1.5	1.5	1.5	1.5	1.5			1.5	1.5	1.5	1.5	1.5			1.5	1.5	1.5	1.5	1.5							
3	機能訓練指導員	C	柔道整復師	○○ B子	シフト記号	a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a							
					勤務時間数	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5			1.5	1.5	1.5	1.5	1.5			1.5	1.5	1.5	1.5	1.5			1.5	1.5	1.5	1.5	1.5							
4					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
5					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
6					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
7					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
8					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
9					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
10					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
11					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
12					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
13					シフト記号																																	
					勤務時間数																																	
(14) サービス提供時間内の勤務延長時間数 (生活相談員)																																						
(15) サービス提供時間内の勤務延長時間数 (介護職員)																																						
(16) 利用者数					5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
(17) サービス提供時間 (平均提供時間)					1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数					1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
(参考) (19) 1日の職種別人員内訳	生活相談員																																					
	看護職員				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1								
	介護職員																																					
	機能訓練指導員				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1								

<要提出>

■シフト記号表（勤務時間等）

※24時間表記 休憩時間1時間は「1:00」、休憩時間45分は「00:45」と入力してください。

No	記号	勤務時間			サービス提供時間		サービス提供時間内の勤務時間			自由記載欄	
		始業時刻	終業時刻	うち、休憩時間	勤務時間	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻		勤務時間
1	a	14:00	15:30	0:00	1.5	14:00	15:30	14:00	15:30	1.5	
2	b			0:00	0			0:00	0:00	0	
3	c			0:00	0			0:00	0:00	0	
4	d			0:00	0			0:00	0:00	0	
5	e			0:00	0			0:00	0:00	0	
6	f			0:00	0			0:00	0:00	0	
7	g			0:00	0			0:00	0:00	0	
8	h			0:00	0			0:00	0:00	0	
9	i			0:00	0			0:00	0:00	0	
10	j			0:00	0			0:00	0:00	0	
11	k			0:00	0			0:00	0:00	0	
12	l			0:00	0			0:00	0:00	0	
13	m			0:00	0			0:00	0:00	0	
14	n			0:00	0			0:00	0:00	0	
15	o			0:00	0			0:00	0:00	0	
16	p			0:00	0			0:00	0:00	0	
17	q			0:00	0			0:00	0:00	0	
18	r			0:00	0			0:00	0:00	0	
19	s			0:00	0			0:00	0:00	0	
20	t			0:00	0			0:00	0:00	0	
21	u				1					1	
22	v				2					2	
23	w				3					3	
24	x				4					4	
25	y				4					3	
26	z				5					5	
27	休				0					0	休日
28	-										
29	-										
30	-										

- 職種ごとの勤務時間を「〇:〇〇~〇:〇〇」と表記することが困難な場合は、No21~30を活用し、勤務時間数のみを入力してください。
- No1~20は始業時刻・終業時刻・休憩時間等を入力すると勤務時間数が計算されますが、入力の特典を目的とするものですので、結果に誤りがないかご確認ください。
- シフト記号が足りない場合は、適宜、行を追加してください。
- シフト記号は、適宜、使いやすい記号に変更していただいても構いません。
- 過所介区における「確保すべき従業員の勤務延長時間」には、「最低限確保すべきとされている程度の休憩時間は含めて差し支えない」としており、「サービス提供時間内の勤務時間」の計算にあたってその休憩時間を差し引く必要はないのでご注意ください。（上記「U」列）

平成24年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成24年3月16日）

問63 過所介区において、確保すべき従業員の勤務延長時間は、実労働時間しか算入できないのか。休憩時間はどのように取扱うのか。

（答）労働基準法第34条において最低限確保すべきとされている程度の休憩時間については、確保すべき勤務延長時間に含めて差し支えない。ただし、その場合においても、居宅基準第93条第3項を満たす必要があることから、介区職員全員が同一時間帯に一斉に休憩を取ることがないようをすること。また、介区職員が常時1名しか配置されていない事業所については、当該職員が休憩を取る時間帯に、介区職員以外で利用者に対して直接ケアを行う職員（居宅基準第93条第1項第1号の生活相談員又は同項第2号の看護職員）が配置されていれば、居宅基準第93条第3項の規定を満たすものとして取り扱って差し支えない。

このような取扱いは、通常の常勤換算方法とは異なりサービス提供時間内において必要な労働力を確保しつつピークタイムに手厚く配置することを可能とするなど、交代で休憩を取得したとしても必ずしもサービスの質の低下には繋がらないと考えられる過所介区（療養過所介区は除く）に限って認められるものである。

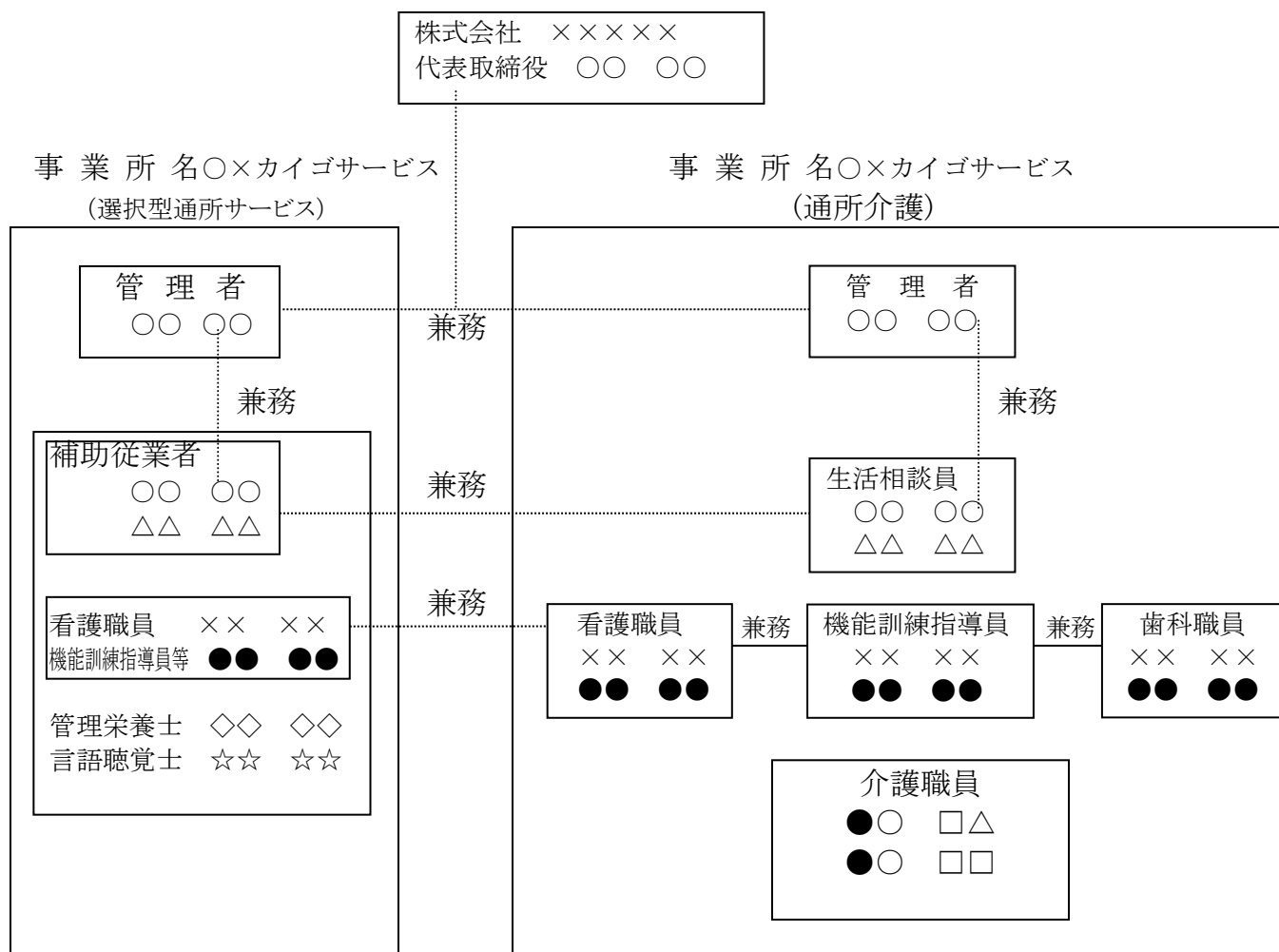
なお、管理者は従業員の雇用管理を一元的に行うものとしており、休憩時間の取得等について労働関係法規を遵守すること。

認知症対応型過所介区についても同様の考え方とする。



## 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。



※代表取締役〇〇 〇〇は、勤務時間中は、  
通所介護の管理者及び選択型通所サービス事業所の管理者並びに補助従業者として専従します。

## 平面図及び写真の注意事項（選択型通所サービス）

### 【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、選択型通所サービスの事業の用に供する占有スペース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、イス等の備品及び誘導等、消火器、（ある場合は、手すり・ナースコールの位置）及び各室の名称・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。

○選択型通所サービスの事業の用に供する占有スペース（必置）（要面積記載）

○トイレ

- ・男性、女性が同時利用出来るよう、複数設置している。  
（又は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。）
- ・鍵付き扉の設置などのプライバシーへの配慮をしている。
- ・緊急時には外から開錠できるようにしている。
- ・適切な場所に「緊急呼び出し」等を設置している。  
（又は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。）

○手指洗浄スペース

- ・水道栓は自動水栓、レバー式など高齢者が使いやすいものとしている。  
（又は、適切な方法によりこれにかわる対応を行う。）
- ・共用タオル・固形石鹸は取り付けていない。
- ・液体石鹸・消毒液などのボトルは紐で固定する等の誤飲予防対策をとっている。

○事務室（有りの場合）

管理者の机・イス及び鍵付書庫が必要。

※事務室を設けない場合でも、鍵付書庫・電話・FAX・パソコンは必ず設置してください。

- ・他の施設と併設の場合は、サービス毎に鍵や棚を分けることが必要。
- ・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事。

○相談室（有りの場合）

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、パーティ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（有りの場合）

ベッド又は布団が1組以上必要。

ナースコールを設置する場合は、ベッド等のそれぞれの使用しやすい場所に配置。

○汚物処理室（有りの場合）

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。  
（段差がある場合は、職員による介助等により解消することとし、その旨を記載すること。）
- 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。  
（段差がある場合は、職員による介助等により解消する旨を記載すること。）
- 選択型通所サービスの事業の用に供する占有スペースは、全体が確認出来るように複数枚撮影。  
備品及び誘導等、消火器の位置がわかるように。（手すり、ナースコールを設置している場合は、その位置がわかるように。）
- 洗面設備は、アップで自動水栓かレバー式かわかるように。  
※共用タオル・固形石鹸は取り付けず、ペーパータオル・液体石鹸（消毒液）を設置してください。また、ボトル類は紐で固定するなど誤飲予防対策を講じること。
- 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のアップと内部全体を撮影。（手すり・ナースコールを設置している場合は、その位置がわかるように。）
- 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。
- パソコン・電話・FAX等は、配置場所がわかるように撮影。

（以下、設備が有る場合）

- 事務室は、机・イスの数がわかるように。
- 相談室は、個室又は区画されていることがわかるよう、外側の写真とテーブル・イスの数のわかる内側の写真。
- 静養室は、機能訓練室側からの写真と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（2組の場合は2箇所）がわかる写真。
- ナースコール受信盤。
- 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。
- 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。

## 設備・備品等一覧表（記入例）

サービス種類（ 選択型通所サービス ）

事務所名・施設名（ ○×カイゴサービス ）

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  選択型通所サービスの事業の用に供する占有スペース  ・事前協議の「協議様式2」チェックリストの「居室等」参照。 ・設備がある場合は、静養室、相談室、事務室など各部屋について全て記入すること。	事前協議の「協議様式2」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。  (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。		
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	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	2 2 3 1 1 1 2	
選択型通所サービスの事業の用に供する占有スペース	テーブル イス	3 12	
相談室	机 イス	1 2	
静養室	ベッド ナースコール	2 2	
その他	送迎車	1	

事前協議の「協議様式2」のチェックリストの「居室等」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)



【選択型通所サービス】

※ 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
<p style="text-align: center;">△△△指定選択型通所サービス事業運営規程</p> <p>(事業の目的)</p> <p>第1条 *** (以下「事業者」という。) が設置する△△△ (以下「事業所」という。) において実施する指定選択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、事業所の医師又は看護職員、機能訓練指導員等、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、補助従業者 (以下「選択型通所サービス従事者」という。) が、要支援状態の利用者に対し、適切な指定選択型通所サービスを提供することを目的とする。</p> <p>(指定選択型通所サービスの運営方針)</p> <p>第2条 指定選択型通所サービスの提供にあたって、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、運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム又は口腔機能向上プログラムの提供を行うことにより、利用者の心身機能の回復を図り、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。</p> <p>2 指定選択型通所サービスの実施に当たっては、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。</p> <p>3 選択型通所サービスの実施に当たっては、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。</p> <p>4 指定選択型通所サービス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。</p> <p>5 指定選択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。</p> <p>6 前5項のほか、「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」(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。</p> <p>(事業の運営)</p> <p>第3条 指定選択型通所サービスの提供に当たっては、事業所の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。</p> <p>(事業所の名称等)</p> <p>第4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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「***」は、開設者名 (法人名) を記載してください。</li> <li>・「△△△」は、事業所の名称を記載してください。</li> <li>・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。</li> <li>・所在地は、丁目、番、号、ビル</li> </ul>

る。

- (1) 名称     △△△  
(2) 所在地    〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

(従業者の職種、員数及び職務の内容)

第5条 事業所における従業者の職種、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、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指定通所介護〔指定介護予防通所介護〕の実施に関し、事業所の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) 選択型通所サービス従業者

①運動器の機能向上プログラム

医師                             〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

運動器の機能向上プログラムの提供にあたって必要な健康状態の確認及び訓練指導を行う。

看護職員                       〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

運動器の機能向上プログラムの提供にあたって必要な健康状態の確認及び訓練指導を行う。

機能訓練指導員等             〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

運動器の機能向上を目的として、運動器機能の減退を防止し又は維持・向上を図るための訓練指導、助言を行う。

補助従業者                     〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

機能訓練指導員等の指示に基づき、訓練指導の補助業務を行う。

事務職員                       〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

請求事務等の必要な事務を行う。

②口腔機能向上プログラム

歯科医師                       〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

口腔機能向上を目的として、口腔清掃の指導・訓練を行う。

歯科衛生士                     〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

口腔機能向上を目的として、口腔清掃の指導・訓練を行う。

言語聴覚士                     〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

口腔機能向上を目的として、口腔清掃の指導・訓練を行う。

補助従業者                     〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士の指示に基づき、指導・訓練の補助業務を行う。

事務職員                       〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

請求事務等の必要な事務を行う。

③栄養改善プログラム

医師                             〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

低栄養状態等の改善を目的として、利用者の健康管理及び栄養食事相談等の栄養管理を行う。

管理栄養士                     〇人 (常勤〇人、非常勤〇人)

低栄養状態等の改善を目的として、栄養食事相談等の栄養管理を行う。

名を正確に記載してください。

- ・事業者指定を届け出たプログラムのみにについて記載してください。
- ・人員に関する基準を満たす範囲で「〇名以上」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、(うち〇名×××と兼務)と記載してください。
- ・医師、看護職員、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養職員、事務職員は、配置する職員のみ記載してください。また、記載する場合は、併せて「勤務形態一覧表」「組織体制図」にも記載してください。

<p>補助従業者 ○人（常勤○人、非常勤○人）          医師又は管理栄養士の指示に基づき、栄養食事相談等の栄養管理に係る補助業務を行う。</p> <p>事務職員 ○人（常勤○人、非常勤○人）          請求事務等の必要な事務を行う。</p> <p>選択型通所サービス従事者は、指定選択型通所サービスの業務に当たる。</p> <p>（営業日及び営業時間）          第6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○時から午後○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。</p> <p>（指定選択型通所サービスの利用定員）          第7条 事業所の利用定員は、○○名とする。          1単位目 ○名、2単位目 ○名</p> <p>（指定選択型通所サービスの内容）          第8条 指定選択型通所サービスの内容は、次に掲げるプログラムの提供を行うものとする。          (1) 運動器の機能向上プログラム              ①健康チェック（血圧測定等）              ②ウォーミングアップ（ストレッチ、バランス運動）              ③主運動                  ・コンディショニング運動                  ・筋力向上運動                  ・機能的運動              ④クールダウン（ストレッチ、リラクゼーション）              ⑤健康チェック（血圧測定等）              ⑥自宅での運動継続支援          (2) 口腔機能向上プログラム              ①から③のうち、いくつかを組み合わせで行います。              ①講和                  ・口腔清掃の必要性                  ・摂食・嚥下機能の維持・増進の必要性                  ・味覚障害の予防法                  ・構音機能の向上・発生の改善                  ・口腔乾燥の予防法                  ・気道感染の予防法            など              ②実習                  ・口腔・義歯清掃法の習得                  ・歯ブラシ、電動歯ブラシ、舌ブラシ、歯間ブラシ等の使用方法                  ・洗口剤、義歯洗浄剤の使用法            など              ③訓練                  ・咀嚼筋、口腔周囲筋、咽頭筋、摂食・嚥下器官等の運動等の訓練                  ・日常的な口腔機能の向上訓練            など          (3) 栄養改善プログラム</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・利用者に対するサービス提供時間を記載してください。</li> <li>・事業者指定を届け出たプログラムのみにについて記載してください。</li> <li>・プログラムの内容については、参考に示しているものですので、実際に提供する内容を記載してください。</li> <li>・運動器の機能向上プログラムについては、スポーツ活動を行うのではなく、利用者が個人として自宅で継続的に取り組むことができるような、ストレッチやバランス運動、筋力向上運動、機能的運動等を組み合わせで実施してください。</li> </ul>
---	---



①から⑥のうち、いくつかを組み合わせで行います。

- ① 加齢による体の変化について
- ② 食生活のポイントについて
- ③ バランスのとれた食事について
- ④ 食べやすい料理の工夫について
- ⑤ 食材選び、買い物、調理の工夫について
- ⑥ 調理方法の紹介（調理実習）

（利用料等）

第9条 指定選択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。

2 利用者の希望に応じて送迎を行った場合は、片道〇〇円を徴収する。

3 利用者又はその家族が、正当な理由がなく訪問介護の提供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。

4 前3項の利用料及び送迎に係る費用の支払を受けたときは、それぞれの費用について区分して記載した領収書を交付する。

5 指定選択型通所サービス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、利用料並びに送迎に係る費用の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。

6 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。

（通常の事業の実施地域）

第10条 通常の事業の実施地域は、大阪市〇〇区、〇〇市、〇〇町、〇〇村の区域とする。

（衛生管理等）

第11条 事業者は、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、又は衛生上必要な措置を講じるものとする。

2 事業者は、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、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

（1）事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

（2）事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。

（3）事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

3 空調設備等により事業所内の適温の確保に努めるものとする。

（サービス利用に当たっての留意事項）

・送迎費の徴収は、実費の範囲で設定してください。

・サービス提供の取消しにより費用を徴収する場合は、費用徴収をする旨を記載してください

・原則として、市町村単位（大阪市は区単位）で設定して下さい  
・市区町村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

第 12 条 利用者は指定選択型通所サービスの提供を受ける際には、利用当日の健康状態等を選択型通所サービス従業者に連絡し、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 13 条 指定選択型通所サービスの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 利用者に対する指定選択型通所サービスの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、当該利用者に係る地域包括支援センター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 利用者に対する指定選択型通所サービスの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 14 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。

(苦情処理)

第 15 条 指定選択型通所サービスの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、提供した指定選択型通所サービスに関し、法第 115 条の 45 の 7 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。

(個人情報の保護)

第 16 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 17 条 事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

(1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会

・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。

(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) 事業所における虐待防止のための指針を整備すること。
- (3) 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のため研修を定期的実施すること
- (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 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18条 事業所は、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 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 事業者は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

4 事業者は、指定選択型通所サービスに関する記録を整備し、当該サービスを提供した日から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事業者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。

(記入例)

(標準様式5)

### 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	〇〇〇〇デイサービスセンター
申請するサービス種類	選択型通所サービス

#### 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

・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: 〇〇 〇〇

※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、従業者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 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記入)

##### 4 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してください。

(記入例)

(別紙50)

記入不要

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>

令和〇年■月△日

大阪市長 殿

所在地

大阪市中央区船場中央〇丁目口番〇号

名称

株式会社 大阪〇〇〇

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。

記入不要

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャオオサカマルマル				
	主たる事務所の所在地	株式会社 大阪〇〇〇 (郵便番号 541 - 0000 ) 大阪 府 大阪 市 中央区船場中央〇丁目口番〇号 (ビルの名称等)〇〇マンション口口口号室				
	連絡先	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇1	
	法人の種類	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	大阪 太郎	
	代表者の住所	(郵便番号 530 - 0000 ) 大阪 府 大阪 市 北区中之島〇丁目口番〇号				
事業所・施設 の状況	主たる事業所・施設の 所在地	(郵便番号 541 - 0000 ) 大阪 府 大阪 市 中央区船場中央〇丁目口番〇号 口口口ビル〇〇〇号室				
	連絡先	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇2	FAX番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇3	
	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	本市では営利法人使用しません				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名	厚生 太郎				
	管理者の住所	(郵便番号 557 - 0000 ) 大阪 府 大阪 市 西成区天下茶屋〇丁目口番△-〇〇〇号 〇×マンション				
届出を行う 事業所・施設 の種類	同一所在地において行う 事業等の種類	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)			<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・定額)			<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)			<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)	〇	令和〇年△月1日	<input checked="" 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・定額)			<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		
	関係書類 別添のとおり					

認可法人のみ所轄庁を入力

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」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「〇」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。

## 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

介護保険法の居宅サービスのうち、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となりますので、「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  
通所介護、第1号通所事業

- (2) 提出書類

介護保険法のサービス名	届出書類
通所介護・ 第1号通所事業	・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」欄は記載不要です。
- (4) 「主な職員の氏名」欄には、「管理者」について記載すること。
- (5) 「事業を行おうとする区域」欄は、区単位で記載すること。
- (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載すること
- (7) 事業開始予定年月日は記載不要です。

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 大阪市中央区船場中央三丁目〇番〇号  
 □□ビル〇階  
 名 称 株式会社 ×××××  
 代表取締役 ○○ ○○

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	株式会社 ××××× ○×カイゴサービス	
	種 類	老人デイサービスセンター	
	所在地	大阪市中央区船場中央一丁目〇番〇号 □ビル5階	
職員の職種	職務の内容	職員の定数	
生 業 介 護 者	記入の必要はありません。		
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	1 人	
施設の長その他主な職員の氏名	○○ ○○ (管理者)		
事業を行おうとする区域	大阪市××区、○○市		
者 事	記入の必要はありません。		

※添付書類

- (1) 建物の規模及び構造並びに設備の概要  
 建物検査済証 (写し)、建物平面図、居室面積等一覧
- (2) 登記事項証明書又は条例 (写し)

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 大阪府中央区船場中央三丁目〇番〇号  
□□ビル〇階

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 株式会社 ××××× ○×カイゴサービス	
	所在地 大阪府中央区船場中央一丁目〇番〇号 □ビル5階	
職員の職種	職務の内容	職員の定数
記入の必要はありません。		
主な職員の氏名	〇〇 〇〇 (管理者)	
事業を行おうとする区域	大阪府××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)	種類	記入の必要はありません。
	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



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。

No.	提出書類	事業者 確認欄	備考
1	指定申請書		・別紙様式第三号（四）（指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所）
2	指定等に係る記載事項		・付表第三号（二）（通所型サービス事業所）
3	法人登記事項証明書		・法人の履歴事項全部証明書の原本。直近の内容が表示された申請日より3ヶ月以内発行のもの。 ・指定申請に係る介護保険に関する事業を実施する旨の記載があることが必要です。
4	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表		・標準様式1 ・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、医師又は看護職員、機能訓練指導員等、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、補助従業者、その他（事務職員等）に区分して記載してください。
5	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。
6	組織体制図		・従業者が同一敷地内等の他の事業の職務等を兼ねる場合は、兼務関係が明確に分かるように作成してください。
7	平面図		・占有スペースの内法をマーカー等で囲ってください。 ・写真の番号、撮影方向を記入してください。 なお、机、いす等の備品（ある場合は手すり・ナースコール等）及び消火器・誘導灯などの消防用設備並びに各室の名称及び面積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。
8	写真（カラー写真）		・事業所の外観及び上記平面図で示した箇所の内部の広さや様子（設備・備品等の配置状況）がわかる写真 ・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
9	設備・備品等一覧		・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。
10	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）
11	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。 ・行政オンラインを用いて申請している場合は、申請内容をダウンロードし添付してください

12	運営規程		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <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</li> <li>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。</li> <li>④利用定員</li> <li>⑤内容及び利用料その他の費用の額</li> <li>⑥通常の事業の実施地域 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</li> <li>⑦サービス利用にあたって留意事項</li> <li>⑧緊急時等における対応方法</li> <li>⑨非常災害対策</li> <li>⑩虐待の防止のための措置に関する事項</li> <li>⑪その他の運営に関する重要事項</li> </ul>
13	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準様式 5</li> <li>・次の事項について、具体的に記載してください。</li> <li>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・担当者の設置</li> <li>②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</li> <li>④その他参考事項</li> </ul>
14	誓約書		<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準様式 5</li> <li>・申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを確認</li> </ul>
15	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		<ul style="list-style-type: none"> <li>・別紙 50</li> </ul>
16	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表		<ul style="list-style-type: none"> <li>・参考様式 10 - 10</li> </ul>
17	賃貸借契約書		<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が申請法人所有でない場合、添付してください。</li> <li>・契約期間を確認してください。</li> <li>・更新についての記載を確認してください。</li> </ul>
18	損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類		<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・上記書類で、申請事業（通所介護・第1号通所事業）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。</li> </ul>
19	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票		<ul style="list-style-type: none"> <li>※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）</li> <li>※加入している場合は確認票に記載の書類の写し</li> </ul>
20	事業計画書		<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該事業の事業計画（事業の内容、従業者等の予定人員、利用者の推定数、通常の事業実施内外比率等）を作成してください。</li> </ul>
21	老人デイサービスセンター等設置届け		<ul style="list-style-type: none"> <li>・（単独設置の場合）老人福祉法上の届出が必要となります。単独設置の場合は「老人デイサービスセンター等設置届」となります。</li> </ul>
22	老人居宅生活支援事業開始届		<ul style="list-style-type: none"> <li>・（施設併設の場合）老人福祉法上の届出が必要となります。施設併設の場合は「老人居宅生活支援事業開始届」となります。</li> </ul>

23	業務管理体制に係る届出	<p>※届出については、大阪市ホームページ「<a href="#">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</a>」を確認し、指定後に提出してください。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。</p>
24	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	<p>※報告書提出については、大阪市ホームページ「<a href="#">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</a>」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。</p>