

1 共生型について

地域共生社会の実現に向けた取組みとして、平成 30 年 4 月から、障がい福祉サービスの指定を受けている事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防) 短期入所生活介護の指定をうける場合の基準の特例が設けられています。

また、障がい児に対して児童発達支援や放課後等デイサービスを提供する事業所も通所介護、地域密着型通所介護の指定をうける場合の基準の特例が設けられています。

2 指定申請について

(1) [指定申請予約申込](#)

大阪市内で介護保険事業をお考えの方は、指定希望月によって定められた期間内に行政オンラインシステムを用いて指定申請予約申込が必要です。

(2) 指定申請予約申込等の日程

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。

(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。

(5) 申請から指定までの流れ

行政オンラインシステムによる指定申請予約申込

↓ (申込期間は毎月 15 日～翌月 10 日まで。)

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。)

↓

納入通知書の交付 (申込締切月の 25 日頃に申請法人あてに送付します。)

| (申請するサービスの手数料を確認し、納入期限までに納付)

| ※未納の場合、指定できません。

↓

介護保険法による指定申請 (指定申請予約申込締切月の翌月 1～8 日頃までが初回の申請受付となり、受付月の末日までに申請書類を漏れなく提出して頂く必要があります。)

↓

指定申請書類の審査

↓

指定時研修受講 (申請受付月の翌月の 25 日頃)

↓

事業開始 (指定日は指定時研修月の翌月の 1 日)

(6) 指定申請受付について

行政オンラインシステムによる指定申請予約申込により申請するサービス種別の確認を行います。申請方法は、初回受付は「来庁」とし 2 回目以降は基本、送付対応としますが状況により来庁を求める場合があります。(指定申請予約申込をしていない場合は、指定申請ができませんのでご注意ください)。

3 申請書類について

共生型介護保険サービスの事業所の指定手続きにあたっては、障がい福祉と介護保険で相互に共通又は類似する項目について、指定の更新の際に申請書の記載又は書類の提出の省略が可能な事項を基本としつつ、以下のとおり省略又は簡素化できることとする。

介護保険法施行規則	児童福祉法施行規則		障害者総合支援法施行規則			省略可否
(第119条) 通所介護	(第18条の27) 児童発達支援	(第18条の29) 放課後等 デイサービス	(第34条の9) 生活介護	(第34条の14) 自立訓練 (機能訓練)	(第34条の15) 自立訓練 (生活訓練)	
一 事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該申請に係る事業の一部を行う施設を有するときは、当該施設を含む。）の名称及び所在地	一 事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事務所を含む。）の名称及び所在地	一 事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事務所を含む。）の名称及び所在地	一 事業所の名称及び所在地	一 事業所の名称及び所在地	一 事業所の名称及び所在地	×
二 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	二 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	×
三 当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三 当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三 当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三 当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三 当該申請に係る事業の開始の予定年月日	三 当該申請に係る事業の開始の予定年月日	×
四 申請者の事項証明書又は条例等	四 申請者の登記事項証明書又は条例等	四 申請者の登記事項証明書又は条例等	四 申請者の登記事項証明書又は条例等	四 申請者の登記事項証明書又は条例等	四 申請者の登記事項証明書又は条例等	○
五 事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該申請に係る事業の一部を行う施設を有するときは、当該施設を含む。）の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	五 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする。）及び設備の概要	○
—	六 利用者の推定数	六 利用者の推定数	六 利用者の推定数	六 利用者の推定数	六 利用者の推定数	×
六 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	七 事業所の管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	七 事業所の管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	七 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	七 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	七 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	○
七 運営規程	八 運営規程	八 運営規程	八 運営規程	八 運営規程	八 運営規程	×
八 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	九 障害児又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	九 障害児又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	九 利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	九 利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	九 利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	○
九 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	十 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	十 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	十 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	十 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	十 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	×
—	—	—	十一 指定障害福祉サービス基準第九十一条の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	十一 指定障害福祉サービス基準第九十一条の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	十一 指定障害福祉サービス基準第九十一条の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	×
十 誓約書	十一 法第二十一条の五の十五第三項各号に該当しないことを誓約する書面（以下略）	十一 誓約書	十二 誓約書	十二 誓約書	十二 誓約書	×
十一 その他指定に関し必要と認める事項	十二 その他指定に関し必要と認める事項	十二 その他指定に関し必要と認める事項	十三 その他指定に関し必要と認める事項	十三 その他指定に関し必要と認める事項	十三 その他指定に関し必要と認める事項	×

4 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) 定款の目的欄に当該事業に関する記載があること。

①株式会社等の営利法人

(定款の目的欄への記載例)

●居宅サービスを行う場合：介護保険法に基づく居宅サービス事業

●第1号事業を行う場合：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。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) 留意事項

- ・共生型通所介護の利用者に対して適切なサービス提供するため、指定通所介護事業所その他関係施設から必要な技術的支援を受けていること。
- ・指定児童発達支援事業所又は指定放課後等デイサービス事業所の場合は、必要な設備について要介護者が使用するものに適したものとするよう配慮すること。
- ・サービスを時間によって要介護者、障がい者及び障がい児に分けて提供する場合は共生型サービスとしては認められないのでご注意ください

5 指定申請に必要な書類と作成方法（共生型通所介護）定員19名以上

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指定居宅サービス事業者指定（許可）申請書（様式第一号（一））

②指定第1号事業者申請書（様式第三号（四））（※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通所介護事業所の指定等に係る記載事項（付表第一号（一））、

④通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項（付表第三号（二））（※第1号通所事業の指定を受けない場合、提出は不要です。）

⑤添付書類

ア 申請者の登記事項証明書又は条例等

イ 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類（標準様式1）

ウ 事業所の平面図並びに設備の概要を記載した書類

エ 設備・備品等一覧表（標準様式4）

オ 運営規程

カ 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（標準様式5）

キ 誓約書 通所介護：（標準様式6）・第1号事業：（標準様式5）

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（別紙2）（別紙50）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙 1－1－2）（別紙 1－4－2）

賃貸借契約書

建築確認申請に基づく建物の検査済証等の写し

防火対象物使用開始届出書の写し

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書類

その他指定に関し本市が必要と認める書類

ケ 老人福祉法に基づく届出

コ 業務管理体制に係る届出

サ 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

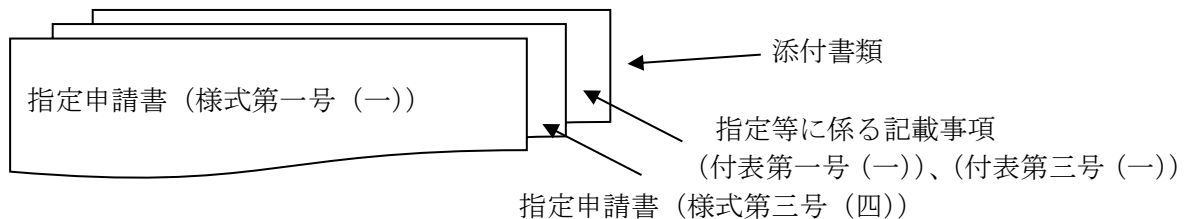
※ア・ウ・カ・賃貸借契約書・建築確認申請に基づく建物の検査済証等の写し・防火対象物使用開始届出書の写し・社会保険及び労働保険の加入状況にかかる確認書類は省略することができます

（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、A 4 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

法人登記事項証明書

- ・目的欄に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）従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式 1）

- ・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等

- ・「従業者の勤務の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、兼務関係を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。
(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。
(緊急通報装置、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。
- ・各室面積の積算根拠がわかる書類を添付してください。
- ・写真に番号を付け、平面図に写真の番号と撮影方向を記載してください。

(2) 写真 (カラー写真)

- ・A 4 用紙に貼付又はカラー印刷 (A 4 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、事業所内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。

エ 設備・備品等一覧表

- ・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。

オ 運営規程

事業の適正な運営及び利用者に対する適切な指定通所介護等の提供を確保するため、次の (1) ～ (11) に掲げる事項を定めてください。

- (1) 事業の目的及び運営の方針
- (2) 従業員の職種、員数及び職務の内容
- (3) 営業日及び営業時間
- (4) 指定通所介護等の利用定員
- (5) 指定通所介護等の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
- (7) サービス利用に当たっての留意事項
- (8) 緊急時等における対応方法
- (9) 非常災害対策
- (10) 虐待の防止のための措置に関する事項
- (11) その他運営に関する重要事項

カ 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。

キ 誓約書 (標準様式 6) (標準様式 5)

- ・申請者が別紙①等のいずれにも該当しない者であることを確認
- ・申請者欄には、法人名称、代表者の職名・氏名を記入してください。
- ・通所介護を行う場合は (標準様式 6) の別紙①居宅サービス事業所向けに○を付け、別紙①を添付し提出。
- ・第 1 号通所事業を行う場合は (標準様式 5) を提出。

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 (別紙 2) (別紙 50)
- (2) 介護給付費の算定に係る体制等状況一覧 (別紙 1 - 1 - 2) (別紙 1 - 4 - 2)

- ・算定要件等を確認のうえ、提出してください。
- ・介護職員処遇改善加算を算定する場合は、処遇改善計画書等の提出が必要です。

(3) 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、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。

(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、理由書)

(5) 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。

(4) 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。

(5) 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

(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。

ケ 老人福祉法に基づく届出

コ 業務管理体制に係る届出（指定後の届出）

サ 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（指定後、危機管理室へ届出）

(記入例)

別紙様式第一号(一)

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

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◎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(施設)に係る指定(許可)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		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇									
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ オオサカマルマルマル											
	名称	株式会社 大阪〇〇〇											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 541 - 0000) 大阪 都道 大阪 市区 中央区船場中央〇丁目口番◎号 府県 大阪 町村 〇〇〇マンション□□□号室											
	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.△△										
法人等の種類	営利法人												
代表者(開設者)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	平成◎年□月▽日					
	氏名	大阪 太郎		大阪 太郎									
代表者(開設者)の住所	(郵便番号 530 - 0000) 大阪 都道 大阪 市区 北区中之島〇丁目◆番△号 府県 大阪 町村												
法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に☑													
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に☑	指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様式						
	訪問介護	☐				付表第一号(一)							
	訪問入浴介護	☐				付表第一号(二)							
	訪問看護	☒				付表第一号(三)							
	訪問リハビリテーション	☐				付表第一号(四)							
	居宅療養管理指導	☐				付表第一号(五)							
	通所介護	☒	○		令和〇年△月1日	付表第一号(六)							
	通所リハビリテーション	☐				付表第一号(七)							
	短期入所生活介護	☐				付表第一号(八)(九)(十)							
	短期入所療養介護	☐				付表第一号(十一)							
	特定施設入居者生活介護	☐				付表第一号(十二)							
	福祉用具貸与	☐				付表第一号(十三)							
	特定福祉用具販売	☐				付表第一号(十四)							
	介護老人福祉施設	☐				付表第一号(十五)							
	介護老人保健施設	☐				付表第一号(十六)							
	介護医療院	☐				付表第一号(十七)							
	介護予防訪問入浴介護	☐				付表第一号(二)							
	介護予防訪問看護	☐				付表第一号(三)							
	介護予防訪問リハビリテーション	☐				付表第一号(四)							
	介護予防居宅療養管理指導	☐				付表第一号(五)							
介護予防通所リハビリテーション	☐				付表第一号(七)								
介護予防短期入所生活介護	☐				付表第一号(八)(九)(十)								
介護予防短期入所療養介護	☐				付表第一号(十一)								
介護予防特定施設入居者生活介護	☐				付表第一号(十二)								
介護予防福祉用具貸与	☐				付表第一号(十三)								
特定介護予防福祉用具販売	☐				付表第一号(十四)								
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)											
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)											

(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 ■ 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

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		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇												
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ オオサカマルマルマル														
	名称	株式会社 大阪〇〇〇														
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 541 - 0000) 大阪 都 道 大阪 市 区 中央区船場中央〇丁目口番〇号 府 県 町 村 〇〇〇マンション口口口号室														
	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.△△													
	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	平成〇年口月▽日						
				氏 名	大阪 太郎											
代表者の住所	(郵便番号 530 - 0000) 大阪 都 道 大阪 市 区 北区中之島〇丁目◆番△号 府 県 町 村															
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑															□	
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	○						令和〇年△月1日			付表第三号(二)					
	緩和した基準による通所型サービス(定率)															
	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															
	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。

(記入例)

付表第一号(六) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項

申請いただいた住所表記につきましては、「大阪市住居表示実施基準」「住居表示維持管理事務処理要領」に基づき、指定通知書へ記載いたします。
例の場合は、大阪府大阪市中央区船場中央〇丁目◆番〇-〇〇〇号□□□□ビル となります。

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 市 区 中央区船場中央〇丁目◆番〇号 府 県 町 村 □□□□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	コウロウ タロウ	住所 (郵便番号 557 - 0000) 大阪市西成区天下茶屋〇丁目□番△-〇〇〇号 ○×マンション						
	氏 名	厚 俣 太郎							
	生年月日	平成〇年△月×日							
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
	他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地 兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等	共生型サービスの該当の有無 有に ☒						
共生型サービスの該当有無 ☒ 有 ☐ 無									
○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		80.50 m ²	利用定員(同時利用)	20 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)	1				2			
	非常勤(人)	1		2		2		2	
	○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
		○		○	○	○	○		
	その他(年末年始休日等)		8/12~8/15、12/29~1/3						
	営業時間	9 : 00		~		18 : 00			
9 : 00		~		18 : 00					
曜日ごとに異なる場合記入	平日	9 : 00		~		18 : 00			
	土曜日			~					
日曜日・祝日			~						
			~						
サービス提供時間	9 : 30		~		16 : 30				
利用定員	20 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
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間			~					
		~							
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
	その他(年末年始休日等)								
	営業時間			~					
		~							
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							

(記入例)

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

サービス種類(該当に○)		介護予防通所介護相当サービス		○					
事業所	法人番号	000000000000							
	フリガナ	マルマルシカシカサービスセンター							
	名称	〇〇〇〇サービスセンター							
	所在地	(郵便番号 541 - 0000) 大阪 都 道 大阪 市 区 中央区船場中央〇丁目◆番〇号 府 県 町 村 〇〇〇〇ビル〇〇〇号室							
	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	コウロウ タロウ		住所	(郵便番号 557 - 0000)				
	氏 名	厚 労 太 郎			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				
	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				80.50 m ²		利用定員(同時利用)			20 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)	1				2		
	非常勤(人)	1		2		2		2	
	○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
			○	○	○	○	○		
		その他(年末年始休日等)			8/12~8/15、12/29~1/3				
	営業時間		9 : 00 ~ 18 : 00						
曜日ごとに異なる場合記入	平日	9 : 00 ~ 18 : 00							
	土曜日	:							
	日曜日・祝日	:							
サービス提供時間		9 : 30 ~ 16 : 30							
利用定員		20 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
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:						
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
		その他(年末年始休日等)							
	営業時間		:						
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							

(記入例)

- ・ 4 単位以上の場合は下記の様式を提出

(参考) 通所介護事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位 4	○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	
			その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:								
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 5	○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	
			その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:								
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									

(参考) 通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位 4	○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	
			その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:								
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 5	○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	
			その他(年末年始休日等)								
	営業時間		:								
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									

令和 6 (2024) 年 4 月

サービス種別 (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)
事業所名 (○○○ロイヤルサービス)

【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。

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月

当月の日数 30 日

祝日等の休みは考慮しない
通常の週平均をk記入

(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 9:30 ~ 16:30 (計 7 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) 兼務状況 (兼務先及び兼務する 職務の内容) 等		
						1週目							2週目							3週目							4週目										5週目	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					
						月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日					
1	管理者	A	—	厚 太郎	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35					
2	生活相談員	A	社会福祉士	大阪 太郎	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外		a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7		a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7		a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7		a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35				
3	生活相談員	B	社会福祉士主任任用資格	〇〇 B子	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外	a 8 7				a 8 7	a 8 7				a 8 7	a 8 7					a 8 7	a 8 7					a 8 7	a 8 7				a 8 7	64 56	16 14	介護職員			
4	看護職員	B	看護師	〇〇 C男	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	64 64	16 16	機能訓練指導員、介護職員		
5	看護職員	D	准看護師	〇〇 D美	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外		x 4 4		x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4		x 4 4	x 4 4	x 4 4	x 4 4	48 48	12 12	機能訓練指導員		
6	介護職員	B	—	〇〇 B子	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外		a 8 7	a 8 7		a 8 7		a 8 7	a 8 7		a 8 7		a 8 7	a 8 7		a 8 7	a 8 7		a 8 7	a 8 7		a 8 7	a 8 7		a 8 7	a 8 7		a 8 7		96 84	24 21	生活相談員		
7	介護職員	B	—	〇〇 C男	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外					a 8 7					a 8 7							a 8 7						a 8 7				a 8 7		32 28	8 7	看護職員、機能訓練指導員		
8	介護職員	A	介護福祉士	〇〇 E次	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外	a 8 7		a 8 7	a 8 7	a 8 7		a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35			
9	介護職員	A	—	〇〇 F子	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7		a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	a 8 7	160 140	40 35			
10	機能訓練指導員	B	看護師	〇〇 C男	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	64 48	16 12	看護職員、介護職員		
11	機能訓練指導員	D	看護師	〇〇 D美	シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外		y 4 3		y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3		y 4 3	y 4 3	y 4 3	y 4 3	48 36	12 9	看護職員		
12					シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外																													0 0	0 0			
13					シフト記号 勤務時間数 サービス提供時間内 勤務時間外																													0 0	0 0			
(14) サービス提供時間内の勤務延時間数（生活相談員）						7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	196	49		
(15) サービス提供時間内の勤務延時間数（介護職員）						14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	392	98		
(16) 利用者数						20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20			
(17) サービス提供時間（平均提供時間）						7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			
(18) 確保すべき介護職員の勤務時間数						14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14			
(参考) (19) 1日の職種別人員内訳						生活相談員	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
						看護職員	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
						介護職員	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
						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	1	1	1	1	1	1	1	1	1			

《要 提出》

■シフト記号表（勤務時間帯）

※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	9:00	18:00	1:00	8	9:30	16:30	9:30	16:30	7	
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「○：○○～○：○○」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、入力補助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。
- ・通所介護における「確保すべき従業者の勤務延時間数」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 通所介護において、確保すべき従業者の勤務延時間数は、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、確保すべき勤務延時間数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、介護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にすること。また、介護職員が常時 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、介護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通所介護（療養通所介護は除く）に限って認められるものである。

なお、管理者は従業者の雇用管理を一元的に行うものとされていることから、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。

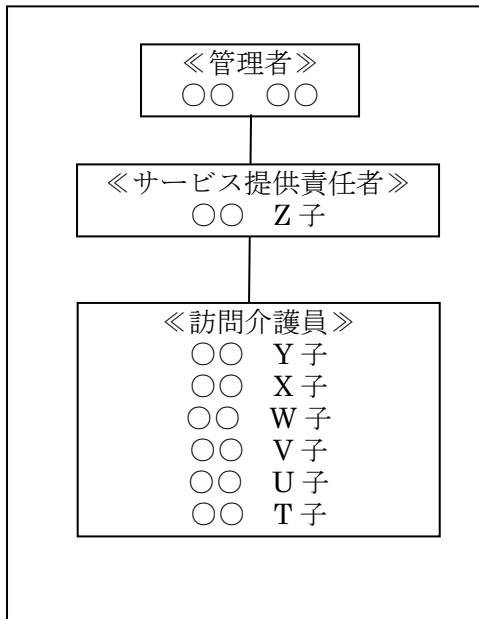
認知症対応型通所介護についても同様の考え方とする。

組 織 体 制 図

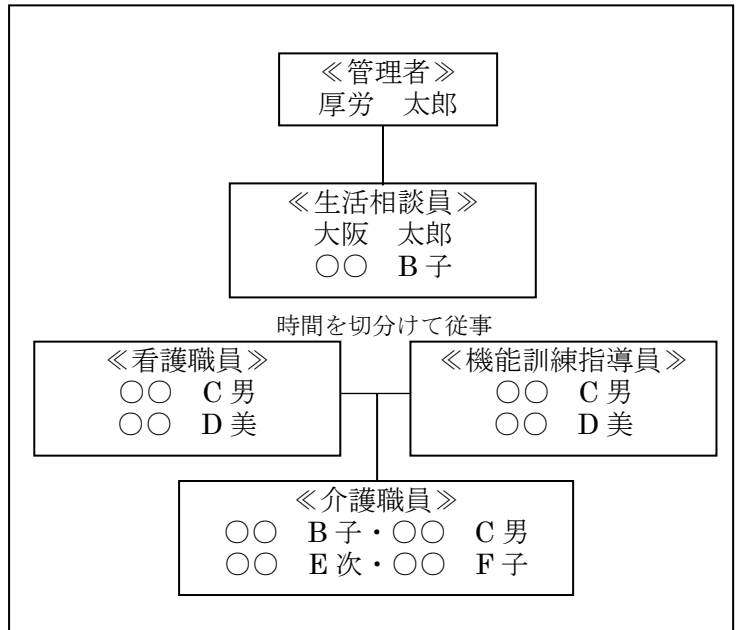
法人全体(同一敷地内等)で、兼務している状況がわかるように記載してください。

株式会社 大阪〇〇〇
代表取締役 大阪 太郎

事業所名：〇〇〇〇介護サービス
(訪問介護・介護予防型訪問サービス・
生活援助型訪問サービス)



事業所名：〇〇〇〇デイサービスセンター
(共生型) 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



※ 代表取締役 大阪 太郎は、勤務時間中は、通所介護事業所の生活相談員として専従します。

平面図及び写真の注意事項（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。外からの鍵の開錠が出来ること。全ての箇所到手すり・ナースコールが必要。

○脱衣室（要面積記載）

扉を開けた際の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、石鹼（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・浴槽の手すりとな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。

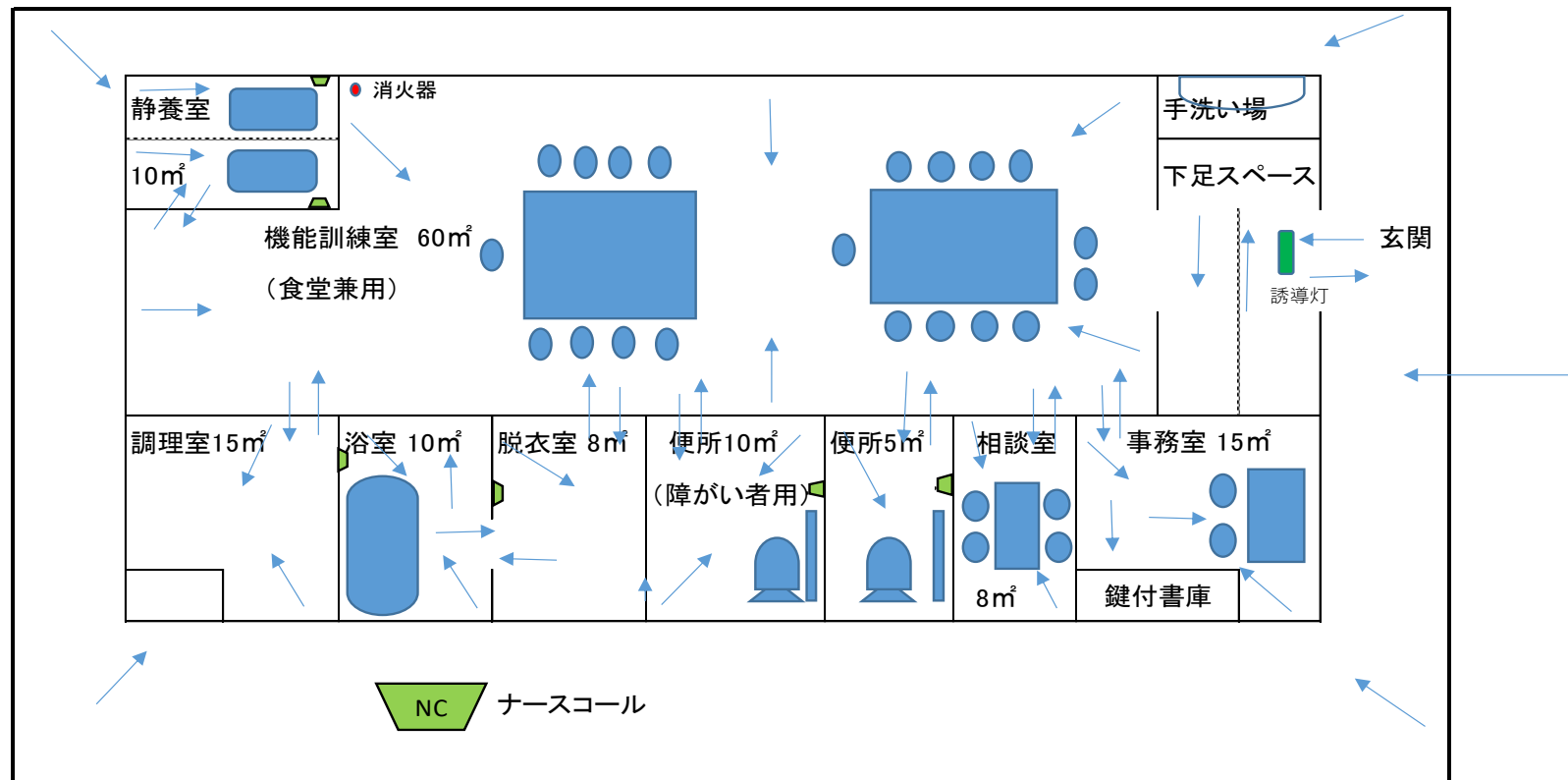
※ 事前協議時のチェックリストの各項目が確認できるよう撮影すること

※ 写真を撮る時は、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。

(標準様式3)

平面図

事業所・施設の名称	○×デイサービスセンター
-----------	--------------



備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。

2 各室の用途及び面積を記載してください。

3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

4 写真を撮る方向 →

(標準様式4)

設備・備品等一覧表

設備基準上適合すべき項目を確認。適合の場合は✓を選択。

サービス種類 (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)
 所名・施設名 (○○○○デイサービスセンター)

チェック欄	設備の種類	設備基準上適合すべき項目
✓	建物の構造	建築基準法や消防法等を遵守し建築されている。
✓		スロープ等を設置し段差の解消を図るとともに、手すり等を必要な場所に設置している。
✓		空調設備等により施設内の適温確保に努めている。
✓	非常災害用設備等	消防設備その他の非常災害に際して必要な設備を設置している。
✓	食堂及び機能訓練室	3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上を確保している。
✓	静養室	利用者のプライバシーに配慮した構造である。
✓		適切な場所に緊急呼出装置を設置している。
✓	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。
✓	事務室	事務を行うための十分なスペースを設け、個人情報関係書類は鍵付き書庫等により管理を行っている。
✓	トイレ	複数設置しており、うち1か所は車いす対応となっている
✓		適切な場所に緊急呼出装置を設置している。
✓		緊急時には外部から開錠が可能となっている。
✓	浴室	床の滑り止めや手すり、シャワーチェア等の設置により安全な入浴に配慮している。
✓		適切な場所に緊急呼出装置を設置している。
✓	脱衣室	十分な脱衣スペースを設けており、利用者のプライバシーに配慮した構造である。
✓		適切な場所に緊急呼出装置を設置している。
✓	厨房	衛生面での管理を徹底している。
✓		火気使用部は不燃対策をとっている。
✓	洗面(手指洗浄場所)	利用しやすい高さに設置しており、消毒液・ペーパータオルを設置している。
✓	掲示	事業所の見やすい場所に運営規程の概要等利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示あるいは、自由に閲覧可能な形で事業所内に備え付けている。
上記の他、図面で確認出来ないものがあれば記載		

備品一覧(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業のみ)

チェック欄	備品の種類	品名	数量

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、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。
 2 「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(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)
通所介護事業 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、建築確認済み証が発行されていないため、(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順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。

※ 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 *** (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「従業者」という。)が、要介護状態〔要支援状態〕の利用者に対し、適切な指定通所介護〔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〕を提供することを目的とする。 (指定通所介護の運営方針) 第2条 事業所が実施する指定通所介護は、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 指定通所介護の実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。 3 指定通所介護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。 4 指定通所介護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、「大阪市指定居宅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26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	・「***」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26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。

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 指定通所介護〔指定介護予防型通所サービス又は指	・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。
--	---

定短時間型通所サービス]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。

(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○○町○丁目○番○号

(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〔指定介護予防型通所サービス又は指定短時間型通所サービス〕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) 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)
栄養職員 ○人(常勤○人、非常勤○人)
歯科職員 ○人(常勤○人、非常勤○人)
事務職員 ○人(常勤○人、非常勤○人)

通所介護従業者は、指定通所介護〔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〕の業務に当たる。

生活相談員は、事業所に対する指定通所介護〔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〕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、また他の従業者と協力して通所介護計画等の作成等を行う。

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。

栄養職員は、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。

歯科職員は、口腔機能向上を目的として、口腔清掃の指導・訓練を行う。

事務職員は必要な事務を行う。

(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○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。
(4) 延長サービス可能時間帯 提供前 ○時～○時

・所在地は、丁目、番、号、ビル名を正確に記載してください。

・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。
・看護職員、栄養職員、歯科職員、事務職員は、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。
・複数単位ある場合は、単位ごとの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

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 8

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指定通所介護〔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、大阪市〇〇区、〇〇区、〇〇区、〇〇区の区域とする。

(衛生管理等)

第13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、従業員に対し、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に実施する。

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)

第14条 利用者は指定通所介護〔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〕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 従業者は、指定通所介護〔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〕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

- ・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、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

- ・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。

送等の必要な措置を講じるものとする。

- 2 事業者は、利用者に対する指定通所介護〔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〕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 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するものとする。
- 4 事業者は、利用者に対する指定通所介護〔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〕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16条 事業者は、防火管理者あるいは防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、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。
- 2 事業者は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとする。

（苦情処理）

- 第17条 指定通所介護〔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〕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 事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録するものとする。
 - 3 事業者は、提供した指定通所介護〔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〕に関し、法第23条又は第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。
 - 4 事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告するものとする。
 - 5 事業所は、提供した指定通所介護〔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。
 - 6 事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告するものとする。

・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。

(個人情報の保護)

第 18 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 19 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（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。

(身体的拘束に関する事項)

第 20 条 事業者は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行わないものとする。

- 2 前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。
- 3 やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、厚生労働省が策定した「身体拘束ゼロへの手引き」を遵守し適正な取り扱いにより行うものとする。

(業務継続計画の策定等)

第 21 条 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護〔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〕の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

- 2 事業者は、従業者に対し、業務継続計画について周知する

とともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。 3 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。 (その他運営に関する留意事項) 第22条 事業所は、従業員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○ヵ月以内 (2) 継続研修 年○回 2 従業員は、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、従業員であった者に、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、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とする。 4 事業者は、指定通所介護〔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、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○年○月○日から施行する。	
--	--

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	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

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。

通所介護
(記載例)

(標準様式6)

誓 約 書

令和 ○ 年 ■ 月 △ 日

大阪 市長 殿

申請者 (名称) 株式会社 大阪○○○

(代表者の職名・氏名) 代表取締役 大阪 太郎

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

☒	別紙①: 居宅サービス事業所向け
☐	別紙②: 介護老人福祉施設向け
☐	別紙③: 介護老人保健施設向け
☐	別紙④: 介護医療院向け
☐	別紙⑤: 介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

介護予防型通所サービス・短時間型通所サービス
(記入例)

(標準様式5)

誓 約 書

令和〇 年 ■ 月 △ 日

大阪市長 殿

申請者 (名称) 株式会社 大阪〇〇〇

(代表者の職名・氏名)

代表取締役 大阪 太郎

申請者が、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)に従って適正に第一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を誓います。

記

【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 第一号事業(第一号生活支援事業を除く。)に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準
- イ 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成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
- ニ 第一号事業に係る基準として、当該第一号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準(前号に掲げるものを除く。)

(記入例)

(別紙2)

記入不要

受付番号

介護給付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

大阪 市長 殿

所在地 大阪市中央区船場中央○丁目口番◎号

名 称 株式会社 大阪○○○

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マル 株式会社 大阪○○○				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 541 - 0000) 大阪 府 大阪 市 中央区船場中央○丁目口番◎号 (ビルの名称等)○○マンション□□□号室				
	連絡先	電話番号	○○-○○○○-○○○○		FAX番号	○○-○○○○-○○○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
事業所・施設の状況	代表者の住所	(郵便番号 530 - 0000) 大阪 府 大阪 市 北区船中之島○丁目口番◎号				
	フリガナ 事業所・施設の名称	マルマルシカクシカクカイゴサービス ○○□□介護サービス				
	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○丁目口番◎号 □□□□ビル○○○号室				
	連絡先	電話番号	○○-○○○○-○○○2		FAX番号	○○-○○○○-○○○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	(郵便番号 -) 県 本市では使用しません				
管理者の氏名	厚生 太郎					
	管理者の住所	(郵便番号 541 - 0000) 大阪 府 大阪 市 西成区天下茶屋○丁目口番△-○○○号 ○×マンション				
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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)
	訪問介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	訪問入浴介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	訪問看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	訪問リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	居宅療養管理指導			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	通所介護	○	令和○年△月1日	☒ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	通所リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	短期入所生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	短期入所療養介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	福祉用具貸与			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防訪問看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
介護予防福祉用具貸与			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
介護老人福祉施設			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
介護老人保健施設			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
介護医療院			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						
特記事項	変 更 前			変 更 後		
関係書類	別添のとおり					

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「○」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口を■にしてください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1、1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。

(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 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

名 称

株式会社 大阪〇〇〇

記入不要

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。

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 株式会社 大阪〇〇〇						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 541 - 0000) 大阪 府 大阪 市 中央区船場中央〇丁目〇番〇号 (ビルの名称等)〇〇マンション〇〇〇〇号室						
	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	
	法人の種類別	営利法人		法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名	大阪 太郎		
	代表者の住所	(郵便番号 530 - 0000) 大阪 府 大阪 市 北区中之島〇丁目〇番〇号						
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〇番〇号 〇〇〇〇ビル〇〇〇〇号室						
	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	〇〇 県 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号						
	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〇番〇号 〇×マンション						
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	訪問型サービス(独自・定率)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	訪問型サービス(独自・定額)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	通所型サービス(独自)	○	令和〇年△月1日	■ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	通所型サービス(独自・定率)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
	通所型サービス(独自・定額)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				
特記事項	介護保険事業所番号							
	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

本市では営利法人使用しません

- 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1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

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
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

令和〇年■月△日

大阪市長 様

事業経営者 住 所 大阪市中央区船場中央〇丁目□番◎号
名 称 株式会社 大阪〇〇〇
代表取締役 大阪 太郎

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 〇〇〇〇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 大阪市中央区船場中央〇丁目◆版〇号 □□□ビル〇〇〇号室	
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。		
施設の長その他主な職員の氏名		〇〇 〇〇（管理者）
事業を行おうとする区域		大阪市××区、〇〇市
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

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 大阪市中央区船場中央三丁目○番○号 □□ビル○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 大阪市中央区船場中央一丁目○番○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	○○ ○○ (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)	記入の必要はありません。	
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

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。) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								-			
											-																	
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。

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		・別紙様式第一号（一）（指定居宅サービス事業所） ・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		・付表第一号（六）（通所介護事業所） ・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等		・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	従業者の勤務の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、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	従業者の資格証明の写し		・資格証等の写しを「従業者の勤務の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		・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。
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		・参考様式4 ・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		・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指定通所介護等の利用定員 ⑤指定通所介護の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虐待の防止のための措置に関する事項 ⑪その他の運営に関する重要事項
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		・標準様式 5 ・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・担当者の設置 ②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 ④その他参考事項
14	誓約書		・標準様式 6 及び別紙①添付（通所介護） ・標準様式 5（介護予防型通所サービス・短時間型通所サービス） ・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
15	・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 ・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		・別紙 2（通所介護） ・別紙 50（介護予防型通所サービス・短時間型通所サービス） ・介護職員等処遇改善加算等を算定する場合は計画書の提出が必要。
16	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表		・別紙 1－1－2（通所介護） ・別紙 1－4－2（介護予防型通所サービス・短時間型通所サービス）
17	賃貸借契約書の写し		・事業所が申請法人所有でない場合、添付してください。 ・契約期間を確認してください。 ・更新についての記載を確認してください。
18	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（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。
19	老人デイサービスセンター等設置届		・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。
20	老人居宅生活支援事業開始届		・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。
21	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「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

※	業務管理体制に係る届出		・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」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。
※	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		※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 」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。