

事業者指定申請について

(特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売)

堺市 介護事業者課

2112

(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ホッチキス等によりまとめてください。

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。

提出した書類は本市において保管するため、事業所においても写し等控えを適切に管理してください。控えは提出書類の補正を行う際に必要です。

目 次

- 1 指定申請にあたって……………1
- 2 指定を受けるための要件について……………1
- 3 人員及び設備に関する基準について……………3
- 4 指定申請に必要な書類と作成方法……………4
- 申請書等の記入例等……………7
- 5 特定福祉用具販売事業者の申請に必要な書類一覧(チェックリスト)… 23

(担当課)堺市 長寿社会部 介護事業者課

所在地：堺市堺区南瓦町3番1号 本館8階

連絡先：(電話) 072-228-7348 (FAX) 072-228-7481

1 指定申請にあたって

居宅サービス事業・介護予防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運営に関する基準をお読みいただき、基準どおり事業の実施が可能かどうか判断の上、申請を行ってください。

2 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、以下の条件を満たす必要があります。

① 法人であること。

登記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、特定非営利活動法人の場合

例 1)

特定福祉用具販売を行う場合：介護保険法に基づく特定福祉用具販売事業

特定介護予防福祉用具販売を行う場合：介護保険法に基づく特定介護予防福祉用具販売事業

例 2)

特定福祉用具販売を行う場合：介護保険法に基づく居宅サービス事業

特定介護予防福祉用具販売を行う場合：介護保険法に基づく介護予防サービス事業

以上の記載がない場合は、あらかじめ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(特定非営利活動法人を除く。)の場合

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、指定申請をするまでに手続きを完了させておいてください。また、あわせて登記の変更手続きについても、完了させておいてください。

② 事業所従業者の知識及び技能並びに人員が、「堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成 24 年条例第 58 号。以下「堺市基準条例」と言う。）に定める基準及び員数を満たしていること。

③ 事業所の設備が、堺市基準条例に定める基準を満たしていること。

④ 堺市基準条例に定める運営に関する基準に従って適正な事業の運営ができること。

※②③④について

堺市基準条例は以下の厚生労働省が定める基準を引用していますので、併せて確認してください。

・「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」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 37 号）

・「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効果的な支援の方法に関する基準」（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 35 号）

※条例・基準関係については、堺市のホームページ上から確認ができます。

「堺市トップページ」(<http://www.city.sakai.lg.jp/>) ⇒ 「健康・福祉」 ⇒ 「福祉・介護」 ⇒ 「事業者向け情報」 ⇒ 「介護事業」内の“1. 条例・基準関係”

⑤ 特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売を同時に行う場合

特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売は同一事業所で同時に事業を実施することができます。この場合、特定介護予防福祉用具販売の人員基準、設備基準を満たしていれば、特定福祉用具販売の人員基準、設備基準を満たしたものとします。

⑥ 特定福祉用具販売、特定介護予防福祉用具販売、福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与を同時に行う場合

同一の事業所において一体的に運営されている場合、福祉用具貸与（または介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売）の人員基準、設備基準を満たしていれば、特定福祉用具販売の人員基準、設備基準を満たしたものとします。**なお、福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与を行う場合は、別に申請を行う必要があります。**

⑦ 事業所名称について

介護サービスと対をなす介護予防サービスでは同一名称に統一し申請してください。

また、既に他法人で指定を受け使用されている名称は付けることが出来ない場合がありますので、事前にインターネット等で確認し申請してください。

⑧ 事業者の所在地が市街化調整区域・工業専用地域の場合、指定申請は受付できません。

インターネット上(堺市 e-地図帳)で市街化調整区域・工業専用地域の確認ができます。
<http://e-map.city.sakai.lg.jp/>（「都市計画情報」から検索）
判断が困難な場合は都市計画課で確認してください。

⑨ 介護保険法以外にも設備や人員に係る各種関係法令を遵守していること。

・ **建築基準法及び消防法について**

適法な物件であるか建築確認担当課及び所轄消防署へ事前に相談し、必要に応じて検査を受けるなど担当者の指示に従ってください。違法であることが判明した場合は、関係課との連携のもと指示(廃止・休止・移転)に従ってもらうこととなります。

・ **労働基準関係法令について**

労働基準関係法令に基づき必要な項目(労働条件・就業規則、労働時間・休息・休日・整備すべき休暇、賃金、労働者名簿、賃金台帳、安全衛生、労働保険 等)について、労働基準監督署の指示に従い整備をしてください。

雇用トラブルに発展するだけでなく、介護保険上の人員基準に抵触する可能性もありますので、ご注意ください。

3 人員及び設備に関する基準について

(1) 人員に関する基準

| 職種 | 資格要件 | 配置基準 |
|-----------|--|--|
| 管理者 | なし | 専らその職務に従事する ^(注1) 常勤 ^(注2) の者1名 |
| 専門 相談員 | 介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、 准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福 祉士、厚生労働大臣又は都道府県知事が指定 した講習会の課程を修了した者 | 常勤換算方法 ^(注3) で2以上 |

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

(注2)「常勤」とは、雇用形態に関わらず、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間(32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)に達していることをいいます。ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことが可能です。

(注3)「常勤換算方法」とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤従業者が勤務すべき時間(32時間を下回る場合は32時間を基本)で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいいます。ただし、母性健康管理措置又は育児及び介護のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1として取り扱うことが可能です。

(2) 設備に関する基準

| 設備基準 | 内容等 |
|------------------------|--|
| 事業の運営を行うために必要な広さの専用の区画 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 事務室 職員、設備備品が収容できる広さを確保すること。 ・ 相談室 遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮したものであること。 ・ 福祉用具販売事業を行うために必要な設備、備品 |

4 指定申請に必要な書類と作成方法

(1) 申請書類作成にあたっての留意事項

申請書類は、特段に定めがない限り、A4サイズ(日本工業規格A列4番)としてください。

(2) 申請に必要な書類の説明

① 指定等申請書(様式第69号の2)

記入例(7・8頁)をご参照ください。

② 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項(付表16)

記入例(9頁)をご参照ください。

③ 添付書類

ア 申請者の登記事項証明書又は条例等の写し

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説明 |
|--------------------------|--------------------------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | 法人登記事項証明書(歴事項全部証明書)(写し可) | | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・発行日から3ヶ月以内のものに限ります。 |

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

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説明 |
|--------------------------|--------------------|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 参考様式 1-1 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理者及び従業者全員について、毎日の勤務時間数(4週間分)を記載してください。 ・職種は、管理者、専門相談員、その他(事務員等)に区分して記載してください。 ・常勤換算は、管理者・事務員を除き、専門相談員の勤務延時間数により換算してください。(10・11頁参照) |
| <input type="checkbox"/> | 社会保険等加入状況確認票 | 別紙1 | <ul style="list-style-type: none"> ・社会保険等の加入状況及び事業所情報等を記載してください。(12頁参照) |
| <input type="checkbox"/> | 専門相談員の資格を証明するものの写し | | <ul style="list-style-type: none"> ・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」の氏名の順に並べて提出してください。 |

ウ 事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説明 |
|--------------------------|-------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> | 平面図 | 参考様式3 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該事業に使用する箇所(事務室、相談室等)のレイアウト及び各部屋の面積がわかるように作成してください。(13頁参照) |
| <input type="checkbox"/> | 写真 (カラー写真に限る。) | | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の外観(入口等が利用者にとってわかりやすいか)及び上記平面図で示した箇所の内部の広さや設備・備品の配置状況がわかる写真をA4の台紙に貼付し、上記平面図に撮影方向を明示した上で添付してください。(13頁参照) |
| <input type="checkbox"/> | 設備・備品等一覧表 | 参考様式5 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所に備え付けの設備及び備品一覧(品名・数量等)を記載してください。(14頁参照) |

| | | | |
|--------------------------|-----|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 案内図 | | <ul style="list-style-type: none"> ・最寄駅から事業所までの案内図を作成してください。 ・パンフレット等を作成している場合は、それを添付していただいても結構です。 |
|--------------------------|-----|--|--|

エ 運営規程

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説明 |
|--------------------------|------|------|---|
| <input type="checkbox"/> | 運営規程 | 参考資料 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <ol style="list-style-type: none"> ①事業の目的及び運営の方針 ②従業者の職種、員数及び職務の内容 ③営業日及び営業時間 申し込みや相談受けが可能な日・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特定福祉用具販売[特定介護予防福祉用具販売]の提供方法、取り扱う種目及び販売費用の額その他の費用の額 <ul style="list-style-type: none"> ・販売費用の額については、取り扱う種目ごとに規格等を記載して、料金表(カタログ不可)を作成してください。 ⑤通常の事業の実施地域 市町村(堺市・大阪市にあつては区)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。 ⑥業務継続計画の策定等 ⑦衛生管理等 ⑧緊急時等における対応方法 ⑨苦情処理体制 ⑩個人情報の保護に係る事項 ⑪虐待防止に関する事項 ⑫その他運営に関する重要事項 <p>(15～19 頁参照)</p> |

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

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説明 |
|--------------------------|--------------------------|--------|--|
| <input type="checkbox"/> | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 参考様式 6 | <ul style="list-style-type: none"> ・次の事項について、具体的に記載してください。 <ol style="list-style-type: none"> 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(担当者名や連絡先) ②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 ③その他参考事項 <p>(20 頁参照)</p> |

カ 誓約書

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説明 |
|--------------------------|------|----------|--|
| <input type="checkbox"/> | 誓約書 | 参考様式 9-1 | <ul style="list-style-type: none"> ・「居宅サービス事業所」(特定介護予防福祉用具販売を申請する場合は「介護予防サービス事業所」)に併せて☑をし、署名欄に法人名等を記載 |

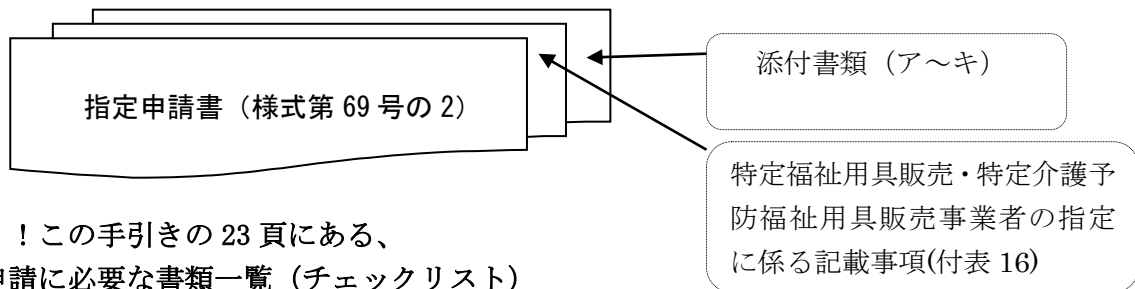
| | | | |
|--|--|--|---------|
| | | | してください。 |
|--|--|--|---------|

キ 業務管理体制の届出

| ※ | 提出書類 | 様式等 | 説明 |
|---|------------------------|-------|---|
| □ | 業務管理体制の整備又は区分の変更に係る届出書 | 様式第1号 | ・法人単位で提出が必要です。未提出であって提出先が堺市である場合は、21・22頁参照のうえ指定申請と同時に届け出てください。提出先が異なる場合は事業開始までに各所管庁へ届け出てください。 |

(3) 申請書類の提出方法

提出に際しては、以下の順番に綴って提出ください。



！！この手引きの23頁にある、申請に必要な書類一覧(チェックリスト)も併せて提出してください。

- ※1 書類の提出の前に23頁「特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の申請に必要な書類一覧(チェックリスト)」により漏れがないか確認の上、チェックリストも併せてご提出ください。
- ※2 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売を同時に申請する場合も、提出用の書類は一部でかまいません。
- ※3 すでに特定福祉用具販売(特定介護予防福祉用具販売)の指定を受けている事業所が、新たに特定介護予防福祉用具販売(特定福祉用具販売)の指定を受ける場合、既に提出している事項について変更がないときは、下記の書類をご提出ください。
 - ①指定等申請書(様式第69号の2)
 - ②特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項(付表16)
 - ③履歴事項全部証明書の写し
 - ④運営規程
 - ⑤誓約書(参考様式9-1)
- ※4 提出の際には、申請者控えを1部ご用意ください。

様式第69号の2(第51条の2、第51条の14、第51条の18の2、第51条の19、第51条の25、第51条の33関係)

指定地域密着型サービス事業所指定
 指定地域密着型介護予防サービス事業所指定
 指定居宅サービス事業所指定
 指定介護予防サービス事業所指定
 指定居宅介護支援事業者指定
 指定介護老人福祉施設指定
 介護老人保健施設開設許可
 介護医療院開設許可

申請書

令和〇年〇月〇日

堺市長殿

主たる事務所の所在地 堺市〇区〇町一丁2番3号
 〇ビル301号

申請者 名称 株式会社 ××××
 代表者職氏名 代表取締役 堺 太郎

介護保険法に規定する事業所・施設に係る指定・開設許可を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------------|--|--------------|--------------------------|-------------------------|----|------|
| 申請者 | フリガナ | カブシキガイシャ ×××× | | | | | |
| | 名称 | 株式会社 ×××× | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 500 - ××××) 堺市〇区〇町一丁2番3号 (ビルの名称等) 〇ビル301号 | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 072-×××-×××× | ファックス番号 | 072-×××-×××× | | |
| | | E-mail | ×××@×××.jp | | | | |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 代表取締役 | フリガナサカイ タロウ 氏名 堺 太郎 | 生年月日 昭和〇年〇月〇日 | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号 500 - ××××) 大阪府〇〇市〇〇町二丁3番4号 | | | | | | |
| 指定(開設許可)を受けようとする事業 | 同一所在地において行う事業等の種類 | | 実施事業等 | 指定(許可)申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 既に指定(許可)を受けている事業等の指定年月日 | 様式 | |
| | 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | 付表1 |
| | | 地域密着型通所介護 | | | | | 付表22 |
| | | 認知症対応型通所介護 | | | | | 付表2 |
| | | 小規模多機能型居宅介護 | | | | | 付表3 |
| | | 認知症対応型共同生活介護 | | | | | 付表4 |
| | | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | 付表5 |
| | | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | 付表6 |
| | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | 付表20 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | 付表21 | | |

| | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|--|---|-----------|-----------|------|
| 所・施設の種類 | 地域密着型 介護予防サ ービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | 付表2 |
| | | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | 付表3 |
| | | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | 付表4 |
| | 指定居宅サ ービス | 訪問介護 | ○ | | HXX.XX.XX | 付表7 |
| | | 訪問入浴介護 | | | | 付表8 |
| | | 訪問看護 | | | | 付表9 |
| | | 訪問リハビリテーション | | | | 付表10 |
| | | 居宅療養管理指導 | | | | 付表11 |
| | | 通所介護 | | | | 付表12 |
| | | 通所リハビリテーション | | | | 付表13 |
| | | 短期入所生活介護 | | | | 付表14 |
| | | 短期入所療養介護 | | | | 付表15 |
| | | 特定福祉用具販売 | ◎ | RXX.XX.XX | | 付表16 |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | | 付表17 | |
| 福祉用具貸与 | ○ | RXX.XX.XX | | 付表18 | | |
| 居宅介護支援事業 | | | | | 付表19 | |
| 指定介護予 防サ ービス | 介護予防訪問入浴介護 | | | | 付表8 | |
| | 介護予防訪問看護 | | | | 付表9 | |
| | 介護予防訪問リハビリテーション | | | | 付表10 | |
| | 介護予防短期入所療養介護 | | | | 付表11 | |
| | 特定介護予防福祉用具販売 | | | | 付表13 | |
| | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | 付表14 | |
| | 介護予防福祉用具貸与 | | | | 付表15 | |
| | 介護老人福祉施設 | | | | 付表16 | |
| 施設 | 介護老人保健施設 | | | | 付表17 | |
| | 介護医療院 | | | | 付表18 | |
| | | | | | 付表6 | |
| | | 同一所在地で既に指定を受けている事業とこれから申請する事業をそれぞれ記載。同時期に指定申請を受けられる場合は、当該申請書で指定を受ける事業の方を◎で、併設する予定の事業の方を○で記載。 | | | 付表8 | |
| | | 堺市外で今回申請する事業以外に既に指定を受けている場合は、事業所の所在地の市町村名を記載。(堺市内のみで指定している場合は記載不要。) | | | 付表23 | |
| 介護保険事業所番号 | | 既に指定を受けている場合) | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | 大阪市 | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |

備考

- 「実施事業等」欄は、申請する事業等の欄に「○」を記入してください。ただし、既に指定又は開設許可を受けている事業等がある場合は、今回申請するものについて「◎」を、その他について「○」を、該当する欄に記入してください。
- 「指定許可申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業又は施設の開始(開設)予定年月日を記入してください。
- 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、介護保険法による指定又は開設許可をされた年月日を記入してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションと併設している場合は、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。重複を補正して、その全てを記入してください。

申請内容の問い合わせの際、連絡のつく電話番号を記載してください。

| | | | |
|-----|---|-----|-------------|
| 担当者 | 堺 | 連絡先 | 06-123-4567 |
|-----|---|-----|-------------|

付表 16

特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項

| | | | | | | |
|-----|-------------|---------------------------------------|-----------------------|---|--------------|--|
| 事業所 | フリガナ | マルバツカイゴサービス | | | | |
| | 名称 | 〇×介護サービス | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 5×× -××××) 堺市〇区〇〇町四丁5番6号 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 072-×××-×××× | FAX番号 | 072-×××-×××× | |
| | Email | 〇〇××@sakai.lg.jp | | | | |
| 管理者 | フリガナ | サカイ ハナコ | 住所 | (郵便番号 5×× -××××) 堺市〇区××町六丁10番11号 | | |
| | 氏名 | 堺 花子 | | | | |
| | 生年月日 | 昭和△年△月△日 | | | | |
| | | 他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入) | | | | |
| | | 当該特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業所内での他の職務との兼務 | 職種 | | | |
| | | 同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務 | 事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類 | ① 福祉用具貸与②介護予防福祉用具貸与 | | |
| | | 兼務する職種及び勤務時間 | ① ②管理者 9:00~18:00 | | | |
| | 利用者の推定数 | 10 人 | | | | |
| 従業員 | | 専門相談員 | | 管理者、事務員等は除き、勤務形態一覧表の「勤務形態」欄と一致するよう記載してください。 | | |
| | | 専従 | 兼務 | | | |
| | 常勤(人) | | 1 | | | |
| | 非常勤(人) | | 2 | | | |
| | 常勤換算後の人数(人) | 2.0 | | | | |

備考 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別に記載した書類を添付すること。

【記入例】

【特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売・福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与の事業を同時に実施する場合】

(参考様式1-1)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (× 年 ×月分)

事業開始月で作成してください。

サービス種類 (特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売)
事業所名 (○×介護サービス)

管理者が専門相談員を兼務する場合は職種に「管理者兼専門相談員」と記載してください。

| 職種 | 勤務形態 | 資格 | 氏名 (※→) | 2 週 | | | | | | | 第 3 週 | | | | | | | 第 4 週 | | | | | | | 4週合計 | 週平均の勤務時間 | 常勤換算後の人数 | | | | | |
|-------|------|---------|------------|-----|----|----|----|----|---|---|-------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|------|----------|----------|----|----|-----|----|-----|
| | | | | 1 | 2 | | | | | | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | | | | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | | | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | | | | | | | |
| 管理者 | B | | ○△ ×□ | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | 160 | 40 | |
| 専門相談員 | B | 介護福祉士 | ○○ □○ | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | 160 | 40 | |
| 専門相談員 | B | 訪問介護員1級 | ○ △× | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | 160 | 40 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 80 | | 2.0 |

◎常勤換算
40 + 40 = 80
80 ÷ 40 = 2.0

(備考) a : 常勤の勤務時間 9:00-18:00 (うち1時間休憩) 8時間勤務

- 備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 申請する事業に係る従業員全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務時間数を記入してください。
勤務時間に他の業務に従事する時間がある場合は、分母に1日の勤務時間、分子に当該業務に従事する時間を記入してください。
(例: 7時間勤務のうち4時間当該業務に従事する場合 「4/7」)
- 3 職種ごとに勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。 勤務形態の区分 A: 常勤で専従 B: 常勤で兼務 C: 常勤以外で専従 D: 常勤以外で兼務
- 4 常勤換算が必要な職種(訪問入浴、居宅介護支援及び担い手登録型訪問サービスは不要)は、「週平均の勤務時間」を合計し、常勤の従業員が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 5 算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。

【記入例】

【特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売を実施する場合】

(参考様式1-1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (× 年×月分)

事業開始月で作成
してください。

サービス種類 (特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売)

事業所名 (○×介護サービス)

| 職 種 | 勤務 形態 | 資 格 | 氏 名 (*→) | 第 1 週 | | | | | | | 第 2 週 | | | | | | | 第 3 週 | | | | | | | 第 4 週 | | | | | | | 4週の 合計 | 週平均 の 勤務時 間 | 常勤換 算後の 人数 |
|--|----------|---------|-------------|-------|----|----|----|----|---|---|-------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|-----------|----------------------|------------------|
| | | | | 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 | | | |
| | | | | 日 | 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 | | | |
| 管理者 | A | | ○△× | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 160 | 40 | |
| 専門相談員 | A | 介護福祉士 | ○○□ | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 160 | 40 | |
| 専門相談員 | A | 訪問介護員1級 | ○△× | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 8a | 8a | 8a | 8a | 8a | | | 160 | 40 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 80 | 2.0 |
| (備 考) a : 常勤の勤務時間 9:00-18:00 (うち1時間休憩) 8時間勤務 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◎常勤換算
40+40=80
80÷40=2.0

- 備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む。)について、4週間分の勤務時間数を記入してください。
勤務時間に他の業務に従事する時間がある場合は、分母に1日の勤務時間、分子に当該業務に従事する時間を記入してください。
(例: 7時間勤務のうち4時間当該業務に従事する場合 「4/7」)
- 3 職種ごとに勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。 勤務形態の区分 A: 常勤で専従 B: 常勤で兼務 C: 常勤以外で専従 D: 常勤以外で兼務
- 4 常勤換算が必要な職種(訪問入浴、居宅介護支援及び手登録型訪問サービスは不要)は、「週平均の勤務時間」を合計し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 5 算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。

社会福祉事業等の事業所用

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 | <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●保険料の領収証書 ●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 <p>※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。)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |
| 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。) 令和()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。) | | | | | | | | |

法人は対象外です

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 | <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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 <p>※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。)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>1</td><td>2</td><td>-</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | - | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | - | 3 | 4 | 5 | | |
| 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。) 令和()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 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

事業所名称 ○○介護サービス

事業所所在地 堺市○区○○町○丁目○○番○号

会社等法人番号 ○○○○○

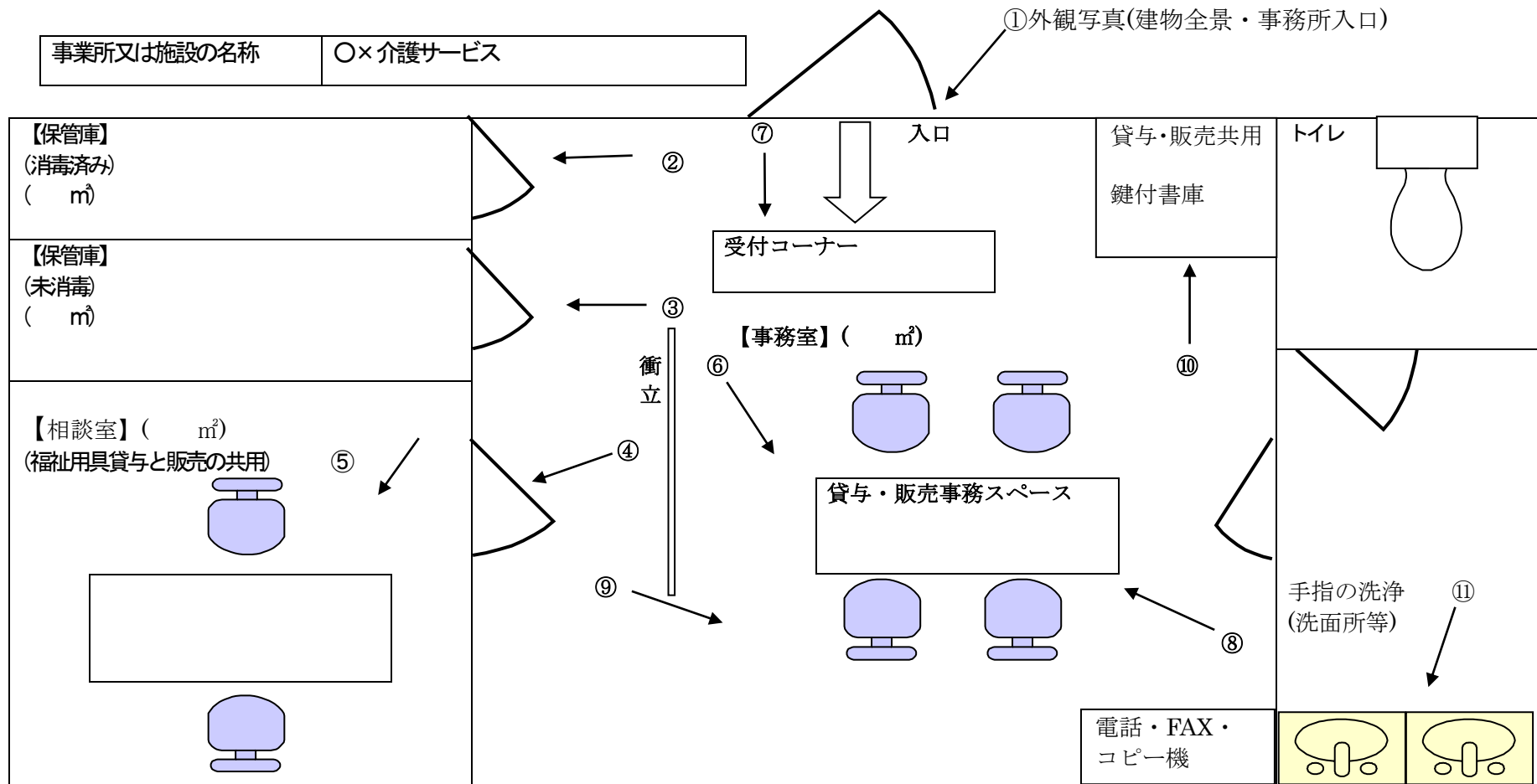
担当者名 ○× ○△

※ 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。

【例】
事業所の平面図

参考様式3【記入例】



【事務スペース】

※ 他の事業と事務室を共用する場合は、区画を明確に区分してください。なお、貸与と販売の事業所は同一設備(机・いす・書庫等)で行うことができます。

※ マル数字は、写真の撮影方向を示します。下記の他、写真の追加を依頼することがあります。

- ①外観と事業所入口…事業所入口は看板等も含め撮影のこと。ただし撮影時を除き指定日までは看板等は隠す、上から紙を貼るなどして事業所名を表示しないこと。
- ②③保管庫…滅菌消毒等を自社で行う場合、事務所内に保管庫設置必須。事業を全て委託(滅菌消毒・清潔庫・不潔庫)する場合は、事務所内に保管庫の設置は不要。
- ④⑤相談室…椅子の数、遮蔽された状況がわかるように撮影。
- ⑥～⑨事務室…椅子の数や設備がわかるように撮影。
- ⑩鍵付書庫…ファイルが外から見えないような書庫であって、鍵付であることがわかるように(鍵を挿した状態で)撮影。
- ⑪手指洗浄場所…洗面台等水が流せる場所であって、消毒石鹸等を備え、感染症防止のため共用タオルは使用しない状況がわかるよう撮影。

設備・備品等一覧表

サービス種類 (特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売)
 事務所名・施設名 (○○福祉用具事業所)

| 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 | 展示スペース あり ※展示スペースの有無を記入してください。 | | |
| 非常災害設備等 | 火災警報システム設置 ※ 消火器○台設置 等があれば記入してください。 | | |
| 備 品 | | | |
| 設置場所 | 品 名 | 数 量 | 適合の可否 |
| 事務室 | 机(貸与・販売共用) いす(貸与・販売共用) パソコン机・いす (貸与・販売・訪問介護共用) 電話・FAX(貸与・販売・訪問介護共用) 鍵付き書庫(貸与・販売共用) | 2 3 各 1 1 1 | |
| 相談室 | テーブル(貸与・販売・訪問介護共用) いす(貸与・販売・訪問介護共用) | 1 2 | |
| その他 | ※ 事業所として、上記以外で使用する備品・設備等がありましたらご記入ください。 ※ 販売事業所として使用する備品を記載してください。なお、備品を他のサービスと共用する場合は、共用するサービス名等を記載してください。 | 1 | |

備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令上必要な設備及び事業所に設置する備品について記載してください。

- 2 必要に応じて写真等を添付してください。
- 3 「適合の可否」欄は、記載しないでください。

(参考資料・運営規程について)

※ 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。(特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売と共用で使用可)

| 運営規程の例 | 作成に当たっての留意事項等 |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">△△△△△指定特定福祉用具販売事業〔指定特定介護予防福祉用具販売事業〕運営規程</p> <p>(事業の目的)</p> <p>第1条 *****が設置する△△△△△(以下「事業所」という。)において実施する指定特定福祉用具販売事業〔指定特定介護予防福祉用具販売事業〕(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、事業所の専門相談員が、要介護状態〔要支援状態〕の利用者に対し、適切な指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕を提供することを目的とする。</p> <p>(運営の方針)</p> <p>第2条 事業所が実施する事業は、その利用者が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、利用者の心身の状況・希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な特定福祉用具〔特定介護予防福祉用具〕の選定の援助・取付け・調整等を行い、特定福祉用具〔特定介護予防福祉用具〕を販売することにより利用者の日常生活の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図るものとする。</p> <p>2 事業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>3 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、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>4 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。</p> <p>5 指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕の提供にあたっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。</p> <p>6 前5項のほか、「堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」(平成24年条例第58号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。</p> <p>(事業所の名称等)</p> <p>第3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> <p>(1) 名称 △△△△△</p> <p>(2) 所在地 堺市〇〇区〇〇町〇丁(目)〇番〇号</p> <p>(従業員の職種、員数及び職務の内容)</p> | <p>※1 つのサービスのみを行う場合は、必ず不要な項目を消しておくこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「△△△△△」は、事業所の名称を記載する。 ・「*****」は、開設者名(法人名)を記載する。 ・「堺市介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」(平成24年条例第58号)及び当該条例が引用している、 ・「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」(平成11年厚生省令第37号)、 ・「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)を参照の上、事業の運営に関する基本方針及び基本取扱方針、具体的取扱方針を記載する。 ・第2条第4項については令和6年3月31日までの間は努力義務とする経過措置あり。 ・所在地は、住居表示のとおりとし、区、町、丁(目)、番、号、ビル名を正確に記載する。 |

第4条 事業所における従業員の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

(1) 管理者 1名

管理者は、従業員及び業務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**指定特定福祉用具販売事業〔指定特定介護予防福祉用具販売事業〕**の実施に関し、事業所の従業員に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。

(2) 専門相談員 ○名以上

専門相談員は、利用者が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、あるいは介護者等の負担を軽減するよう、適切な**特定福祉用具〔特定介護予防福祉用具〕**の選定を行うとともに、その相談に応じる。

(営業日及び営業時間)

第5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、祝日及び○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。

(**指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕**の提供方法及び取扱種目)

第6条 事業所で行う**指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕**の提供方法は次のとおりとする。

(1) **指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕**の提供に当たっては、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて選定し、**指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕**の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した**特定福祉用具販売〔特定介護予防福祉用具販売〕**計画を作成する。

(2) **指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕**の提供に当たっては、(1)の計画の内容を踏まえ、用具を円滑に使用できるよう専門的知識に基づき、使用方法の指導、留意事項、販売費用等に関する情報を提供する。

(3) **指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕**の提供に当たっては、機能、使用方法、安全性、衛生状態等の点検を行う。

2 事業所において取り扱う**特定福祉用具〔特定介護予防福祉用具〕**の種目は次のとおりである。

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 腰掛便座 | 2. 入浴補助用具 |
| 3. 簡易浴槽 | 4. 移動用リフトのつり具の部分 |
| 5. 自動排泄処理装置の交換可能部品 | |

(販売費用の額)

第7条 **特定福祉用具〔特定介護予防福祉用具〕**を販売した場合の費用の額は、別添料金表によるものとする。

2 次条に定める通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、その実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

- | | |
|-----------------------|------|
| (1) 事業所から片道○○キロメートル未満 | ○○○円 |
| (2) 事業所から片道○○キロメートル以上 | ○○○円 |

・ 営業日及び営業時間は、利用者からの相談や利用受付等が可能な時間を記載する。

・ 事業所で取扱う種目すべてについて、料金表(商品カタログ不可)を作成する。

【料金表に記載する項目】

- ① 特定福祉用具の種目
- ② 品名(商品名、メーカー名)
- ③ 品番(TAISコード、製品型番等)
- ④ 利用料(販売費用の額)

※ 介護保険外の物品は掲載しないか、明確に区別し記載することとし、課税対象の物品についてはその旨の記載の記載も必要。

・ 交通費の徴収は、実費の範囲で設定する。
なお、通常の実施地域に係る交

| | |
|---|---|
| <p>3 特定福祉用具〔特定介護予防福祉用具〕の搬入に特別な措置が必要な場合に要する費用については、実費とする。</p> <p>4 前3項の販売費用の額等の支払を受けたときは、販売費用の額とその他の販売費用の額(個別の費用ごとに区分)について記載した領収書を交付する。</p> <p>5 指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕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、販売費用の額並びにその他の販売費用の額の内容及び金額に関し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名を受けることとする。</p> <p>(通常の事業の実施地域)</p> <p>第8条 通常の事業の実施地域は、堺市全域、大阪市××区、○市○市の区域とする。</p> <p>(業務継続計画の策定等)</p> <p>第9条 事業所は、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特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕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。</p> <p>2 事業所は、従業員に対し、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。</p> <p>3 事業所は、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。</p> <p>(衛生管理等)</p> <p>第10条 事業所は、従業員の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとする。</p> <p>2 事業所は、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。</p> <p>(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(テレビ電話装置等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、従業員に周知徹底を図る。</p> <p>(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。</p> <p>(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実施する。</p> <p>(事故発生時の対応)</p> <p>第11条 事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行うものとする。</p> <p>2 事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行うものとする。</p> | <p>通費は、介護報酬に含まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実費相当額の徴収については、重要事項説明書等に具体の金額を記載することが望ましい。 ・原則として、市町村単位(堺市、大阪市は区単位)で連続した範囲で設定する。 ※やむを得ず区より小さい単位で定める場合(河川や鉄軌道により分断されている等)は、町名一覧表と範囲を示した地図を運営規程に添付すること。 ・第9条第各項については令和6年3月31日までの間は努力義務とする経過措置あり。 ・第10条第2項各号については令和6年3月31日までの間は努力義務とする経過措置あり。 |
|---|---|

| | |
|---|--|
| <p>3 事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入する。</p> <p>(苦情処理)</p> <p>第12条 指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講ずるものとする。</p> <p>2 事業所は、提供した指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕に関し、介護保険法第23条の規定により市町村が行う質問若しくは照会に応じ、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。</p> <p>3 事業所は、提供した指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕に係る利用者及びその家族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の指導又は助言を受けた場合は、必要な改善を行うものとする。</p> <p>(個人情報保護)</p> <p>第13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。</p> <p>2 事業者が得た利用者の個人情報については、事業者による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事前に利用者又はその代理人の了解を得るものとする。</p> <p>3 利用者以外の者(家族等)の個人情報を利用する可能性がある場合も同様とする。</p> <p>(虐待防止に関する事項)</p> <p>第14条 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。</p> <p>(1) 虐待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ものとする。)を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る</p> <p>(2) 虐待防止のための指針の整備</p> <p>(3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施</p> <p>(4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置</p> <p>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。</p> <p>(その他運営に関する留意事項)</p> <p>第15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。</p> <p>(1)採用時研修 採用後○ヵ月以内</p> <p>(2)継続研修 年○回</p> | <p>※重要事項説明書及び事務所内掲示においては苦情窓口として事業所担当者、市町村担当課(堺市であれば各保健福祉総合センター地域福祉課と介護保険課)、国民健康保険団体連合会を記載しておくこと。</p> <p>・第14条第1項各号については令和6年3月31日までの間は努力義務とする経過措置あり。</p> <p>・継続研修は、年度ごとに研修計画を策定したうえで毎月または</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>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。</p> <p>3 事業所は、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べき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。</p> <p>4 事業所は、適切な指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより福祉用具専門相談員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。</p> <p>5 事業所は、指定特定福祉用具販売〔指定特定介護予防福祉用具販売〕に関する諸記録を整備し、その完結の日から2年間(サービス提供記録は提供の日から5年間)は保存するものとする。</p> <p>6 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は***と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。</p> <p>附 則 この規程は、令和〇年〇月〇日から施行する。</p> <p>附 則 この規程は、令和〇年〇月〇日から施行する。</p> <div data-bbox="199 1164 874 1339" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>(別添)料金表</p> </div> | <p>数ヶ月に1回定期的実施すること。また、年に1回は必ず高齢者虐待防止の研修を行うこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「****」は、開設者名(法人名)を記載する。 ・指定予定年月日を記載すること。 <p>※運営規程の変更を行った場合は、履歴を残していく(変更年月日を記載すること)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営規程の最後に事業所で作成した料金表(商品カタログは不可)を添付すること。第6条第2項(16頁)に記載している留意事項を参照。 |
|---|---|

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

| | | |
|-------------|-------------------|------------------------|
| 事業所又は施設の名称 | ○×介護サービス | 申請書に記載した事業所名を記入してください。 |
| 申請するサービスの種類 | 福祉用具販売・介護予防福祉用具販売 | |

措置の概要

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置等

- ・相談及び苦情に関する常設の窓口を設置し、相談担当者を設けている。

常設窓口：電 話 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

担当者：〇〇 〇〇又は〇〇 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、専門相談員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のみ記入)

居宅サービスを申請する場合は、記入の必要はありません。

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入してください。

記入例 業務管理体制の整備を届け出る場合

第1号様式

受付番号に記入する必要はありません。

受付番号

業務管理体制の整備又は区分の変更に係る届出書

届出日を記入してください。

年月日

事業者の名称、代表者職氏名は登記内容等と一致させてください。

堺市長殿

事業者(法人)番号欄は記入する必要はありません。

事業者名称 南瓦町株式会社
代表者職氏名 代表取締役 堺 一郎

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は同条第4項(区分変更)の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号

業務管理体制を整備し届け出る場合は、(整備)に○を付けてください。

| | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------|-----------|---------------|--|
| 1 届出の内容 | | | | | | |
| (1)法第115条の32第2項関係 (整備) | | | | | | |
| (2)法第115条の32第4項関係 (区分の変更) | | | | | | |
| 2 事業者 | フリガナ名称 | ミナミワラマチカブシカイシャ 南瓦町株式会社 | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号590-0078) 大阪府 堺市 堺区 南瓦町 3番1号 | | | | |
| | | (ビルの名称等) ○○ビル | | | | |
| | | 電話番号 | 072-2345-**** | FAX番号 | 072-5678-**** | |
| | 法人の種別 | 当利法人・社会福祉法人・社会医療法人・NPO法人・その他() | | | | |
| | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 | 氏名(フリガナ) | | 生年月日 | |
| 代表取締役 | | カイ 仔ロウ 堺 一郎 | | | 昭和十+年△月□日 | |
| 代表者の住所 | (郵便番号590-0078) 大阪府 堺市 堺区 南瓦町 3番1号 | | | | | |
| | (ビルの名称等) ○○ビル | | | | | |
| 3 事業所名称等及び所在地 | サービス名 | 事業所名称 | 指定(許可)年月日 | 介護保険事業所番号 | 所在地 | |
| | 別表のとおり | | | | | |

事業者の名称、主たる事務所の所在地、法人の種別、代表者の職名、代表者の住所は、登記内容等と一致させてください。

次項の別表の記入要領をご覧ください。

| | | | |
|--|-----|-----------------------------------|-------------------|
| 4 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項 | 第2号 | 法令遵守責任者の氏名（フリガナ） カイ ハコ 堺 花子 | 生年月日 昭和〇〇年十月*日 |
| | 第3号 | 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 | |
| 第4号 業務執行の状況の監査の方法の概要 | | | |

○ 届け出る事項について該当する番号全てに○を付けて下さい。
 ○ 第2号については、氏名(フリガナ)及び生年月日を記入してください。
 ○ 第3号及び第4号を届け出る場合は、概要等がわかる資料を添付してください。
 添付資料は、A4用紙により、既存資料の写し及び両面印刷したもので構いません。
 (注) 添付資料については、(参考資料)に御留意ください。

| | | |
|-----------|---------------------|-------|
| 5 区分変更 | 区分変更前行政機関名称、担当部(局)課 | |
| | 事業者(法人)番号 | |
| | 区分変更の理由 | |
| | 区分変更前行政機関名称、担当部(局)課 | |
| | 区分変更日 | 年 月 日 |

業務管理体制を整備し届け出る場合は、5の欄に記入する必要はありません。

| | | | | | | |
|-----|------|---------|-------------|----------|----------|-------------|
| 連絡先 | 所属 | ×× | メール アドレス | ××@××.jp | 電話 番号 | 072-〇〇〇-〇〇〇 |
| | フリガナ | サカイ タロウ | | | | |
| | 氏名 | 堺 太郎 | | | | |

届出先の行政機関から記載内容等についての連絡を行う場合があるため、この届出に係る連絡先を記入してください。

(別表)

| サービス名 | 事業所名称 | 指定(許可)年月日 | 介護保険事業所番号 | 所在地 |
|--|-------|-----------|-----------|-----|
| <p>○ 介護予防、介護予防支援を含み、「みなし事業所」及び「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業」を除いた事業所等を記入して下さい。 ○ 欄外に事業所等の合計数を記入してください。</p> | | | | |
| 計 | か所 | | | |

5 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の申請に必要な書類一覧
(チェックリスト)

作成された申請書類及び添付書類の漏れがないかご確認の上、このチェックリストも一緒に提出してください。

| 確認欄 | 提出書類 | 備考 |
|--------------------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 指定等申請書 ◆事業所所在地が、市街化調整区域・工業専用地域の場合、申請は受付できません。 ◆申請書の内容と法人登記事項証明書の記載内容に相違がないことを確認してください。 ◆登記の目的欄に当該事業に関する記載が必要です。 | 様式第 69 号の 2 |
| <input type="checkbox"/> | 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売事業者の指定に係る記載事項 | 付表 16 |
| <input type="checkbox"/> | 法人登記事項証明書(=履歴事項全部証明書) (写し可) ◆申請にかかる事業を実施する旨の記載があることが必要です。 ◆発行から 3 ヶ月以内のものを添付してください。 | |
| <input type="checkbox"/> | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 ◆法定労働時間を遵守してください。 ◆人員基準を遵守し、記載例を参照の上作成してください。 | 参考様式 1-1 |
| <input type="checkbox"/> | 社会保険等加入状況確認票 | 別紙 1 |
| <input type="checkbox"/> | 専門相談員の資格を証明するものの写し ◆従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表に記載の氏名順に並べてください。 | |
| <input type="checkbox"/> | 平面図 ◆各室の名称に記載漏れはないか確認してください。 ◆専用の事務スペースは確保できているか、相談スペースはパーテーション等で遮断できているか確認してください。 | 参考様式 3 |
| <input type="checkbox"/> | 写真 ◆カラー写真を提出してください。 ◆外観の写真、建物入り口から事務所までの経路がわかるものも必要です。 | |
| <input type="checkbox"/> | 設備・備品等一覧表 | 参考様式 5 |
| <input type="checkbox"/> | 案内図 | |
| <input type="checkbox"/> | 運営規程 ◆堺市の運営規程例を参考にしてください。 | |
| <input type="checkbox"/> | 業務継続計画 (作成している場合のみ) | |
| <input type="checkbox"/> | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 ◆苦情処理台帳の整備、常設窓口、担当者の明記が必要です。 | 参考様式 6 |
| <input type="checkbox"/> | 誓約書 | 参考様式 9-1 |
| <input type="checkbox"/> | 業務管理体制の整備に関する届出 (提出先が堺市で、未提出の場合のみ) | 第 1 号様式 |