

新規指定申請の手引き

(福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与)

枚方市 健康福祉部 福祉指導監査課

202302

目 次

1. 介護保険居宅サービス事業者等の指定申請について	1
2. 指定申請にあたって	2
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	3
5. 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業者の申請に必要な書類一覧	5
6. 平面図及び写真の注意事項	9
7. 各種様式等記入例	11

1 介護保険居宅サービス事業者等の指定申請について

(1) 受付期間

受付期間については、枚方市ホームページ「指定介護サービス事業者等向け情報」→「申請・届出関係」→「申請受付スケジュール」に掲載していますので、必ずご確認ください。

<http://www.city.hirakata.osaka.jp/0000002009.html>

●申請受付の予約は、受付期間開始日の前日（休日の場合、前営業日）までとします。

なお、ご不明な点があればお問い合わせください。

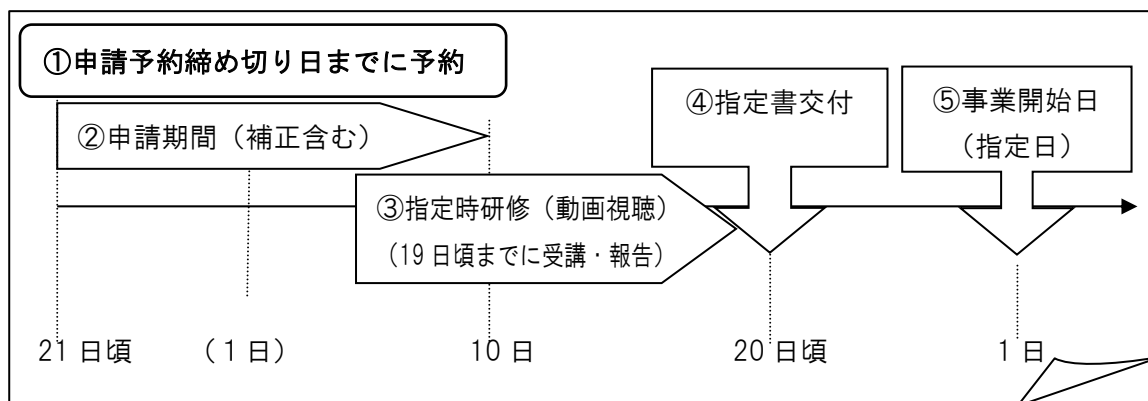
(2) 申請

指定を受けるにあたっては、上記の期間内に申請書を提出し、受領、及び審査が完了されることが必要ですので、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、審査を完了できません。

(3) 指定事業者の決定

審査の結果、要件を満たすものについて指定事業者として決定します。

(4) 申請から指定までの流れ



(5) 指定申請受付について

指定申請については、予約制としております。「申請予約締め切り日」までに、必ず電話等で予約の上ご持参ください。（予約されていない場合は、受付できませんのでご注意ください。）

※ 申請受付期間の後半は書類の補正等で混雑しますので、一回目の申請は受付期間の前半でお願いします。

○申請予約等問い合わせ先

枚方市健康福祉部福祉指導監査課

電話：072（841）1468（直通）

(6) 指定申請に必要な手数料

本市では受益者負担の考えに基づき、平成26年10月1日以降の新規指定及び指定更新に係る申請について手数料を徴収しています。

なお、新規指定については、福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与のみ申請の場合は、30,000円、福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与を同時申請の場合は、35,000円の手数料が必要となります。

つきましては、指定申請時にお渡しする納付書を、本市の指定金融機関・代理収納金融機関で納めていただきますので、現金をご用意ください。※基準を満たさず指定できなかった場合や、申請を取り下げた場合でも納付済手数料は返金できません。

2 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ご判断の上、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

指定を受けるためには、以下の条件を満たしてなければなりません。

① 法人であること。

●医療法人、社会福祉法人等の所轄・監督官庁のある法人の場合

定款への記載の文言や定款変更認可の手続きについて、所轄・監督官庁に事前にご相談ください。

② 基準を遵守した運営を行うこと

事業を行うにあたり、人員、設備及び運営については、次の条例等に定める基準を満たして運営できることが必要です。

- ・枚方市指定居宅サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成25年枚方市条例第48号）
- ・枚方市指定介護予防サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成25年枚方市条例第49号）

③ 福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与を一体的に運営する場合

福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与を同一事業所において一体的に運営される場合は、福祉用具貸与の人員基準、設備基準を満たしていれば、介護予防福祉用具貸与の人員基準、設備基準を満たしたものとみなします。

④ 福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売を一体的に運営する場合

この場合、福祉用具貸与の人員基準、設備基準を満たしていれば、介護予防福祉用具貸与、特定福祉用具販売、特定介護予防福祉用具販売のそれぞれの人員基準を満たしたものとみなします。

なお、特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売を行う場合は、別の申請となります。

⑤ 事業所の名称について

枚方市で指定を受ける場合には類似名称使用の混乱を避けるため同一事業所で行われる**福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与の事業所の名称は、同一名称での申請となります。**

また、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。

4 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常勤の者1名
専門相談員	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、介護福祉士、義肢装具士、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	常勤換算方法で2以上

【注】

- ① 「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（男女雇用機会均等法第13条第1項に規定する措置）、育児休業、介護休業等により、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として取扱うことができます。
- ② 「勤務延時間数」とは、勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置付けられている時間の合計数とします。
なお、従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数を上限とします。
- ③ 「常勤」とは、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間（32時間を下回る場合は32時間を基本）に達していることをいいます。ただし、母性健康管理措置、育児休業、介護休業等により、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時間として取扱うことができます。
- ④ 「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。
- ⑤ 介護職員実務者研修課程修了者は制度上、資格要件に該当しません。

(2) 設備に関する基準

設 備	基準概要	配慮すべき事項
事業の運営を行うために必要な広さの専用の区画	○利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保すること ○他の事業所等と同一敷地内にある場合であって、双方の事業等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所等の設備及び備品等を使用することができる。	○事務スペースを確保することが望ましい。
事務スペース		○職員、設備備品が収容できる広さを確保すること
利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース（相談室）		○遮へい物の設置等により相談者のプライバシー保護に配慮したものであること
必要な設備・備品	○福祉用具貸与事業を実施するために必要な設備・備品	○机、イス、鍵付書庫等を設置すること

◆福祉用具の保管又は消毒を他の事業者に行わせる場合（委託）にあつては、以下の設備又は器材を有しないことができます。

設 備	基準概要
福祉用具の保管のために必要な設備	○清潔であること ○既に消毒又は補修がなされている福祉用具とそれ以外の福祉用具の保管室を別にするなどして、明確に区分することが可能であること
福祉用具の消毒のために必要な器材	○当該指定福祉用具貸与事業者が取り扱う福祉用具の種類及び材質等からみて適切な消毒効果を有するものであること

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業者の申請に必要な書類一覧

このチェックリストにより、作成された申請書類及び添付書類の漏れがないか確認してください。
(チェックリストの提出は必要ありません。)

確認欄	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	介護サービス事業者等指定(開設許可)申請書	様式第1号	
<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業者の指定に係る記載事項	付表12	
<input type="checkbox"/>	法人の履歴事項全部証明書の写し		・最新の証明書に相違がない場合は、写しの提出可
<input type="checkbox"/>	従業員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の毎日の勤務時間数(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・事務員等を除き、専門相談員(管理者を兼務する者を含む)の勤務延時間数により換算してください。
<input type="checkbox"/>	専門相談員の資格を証明するものの写し		・資格証等の写しを「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。
<input type="checkbox"/>	組織体制図	参考資料1	・管理者や従業者が他の事業の職務を兼ねる場合は、兼務関係が明確にわかるように作成してください。
<input type="checkbox"/>	平面図	参考様式3	・当該事業に使用する箇所(消毒場所、未消毒保健場所、消毒済保管場所、相談室、事務スペース等)のレイアウトがわかるように作成してください。
<input type="checkbox"/>	写真		<ul style="list-style-type: none"> ・9頁の「平面図及び写真の注意事項(福祉用具貸与・特定福祉用具販売)」を参考に作成してください。 ・写真はA4の台紙に貼付するとともに、上記平面図のコピーに撮影方向を明示した上で添付してください。

<input type="checkbox"/>	事業所の設備の概要	参考様式5-1	<ul style="list-style-type: none"> ・基準上必要な設備についてその種類及び設置状況等について記載してください。 【保管又は消毒を委託する場合】 ・事業者が備えている設備を記載してください。
<input type="checkbox"/>	建物の登記に関する全部事項証明書の写し		<ul style="list-style-type: none"> ・事業所が申請者（法人）所有の場合のみ添付してください。 ・最新の証明書に相違ない場合は、写しの提出可
<input type="checkbox"/>	賃貸借契約書の写し		<ul style="list-style-type: none"> ・事業所が申請者（法人）所有でない場合に添付してください。
<input type="checkbox"/>	運営規程	参考資料5-12	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程の記載例を参考にして、作成してください。 ・利用料については、取り扱う種目ごとに規格等を記載して、料金表（商品カタログの場合、下記の項目が記載されており、取扱っていない品名が明りょうに示されたもの）を作成してください。 【料金表〔目録〕に記載しなければならない項目】 ①品名（商品名、メーカー名）、②利用料 【料金表〔目録〕に記載することが望ましい項目】 ③福祉用具の種目、④品番（製品型番、TAIS/JANコード等）
<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。 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
<input type="checkbox"/>	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"> ・保険に加入している場合は、損害賠償責任保険証書の写し（手続中の場合は、申込書等の写し）を添付してください。
<input type="checkbox"/>	福祉用具の保管及び消毒の方法がわかる書類		<ul style="list-style-type: none"> 【自社で保管及び消毒を行う場合】 ・福祉用具の種類ごとに、消毒の具体的方法及び消毒器材の保守点検の方法を記載した標準作業書を作成してください。

			<p>【保管又は消毒について全部又は一部を他の事業者へ委託する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託契約書の写し ・なお、委託先が2ヶ所以上の場合は、委託先ごとに添付してください。 ・保管又は消毒を委託する場合は、契約書に以下の内容が盛り込まれていることが必要です。 <p>【委託契約書における必要事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託の範囲 ・委託等に係る業務の実施にあたり遵守すべき条件（消毒方法等） ・受託者の従業者により当該委託がなされた業務が、運営基準に従って適切に行われていることを指定事業者が定期的に確認する旨 ・指定事業者が委託業務に関し、受託者に対し指示を行い得る旨 ・指定事業者が当該委託業務に関し改善の必要を認め、所要の措置を講じるよう上記の指示を行った場合において当該措置が講じられたことを指定事業者が確認する旨 ・受託者が実施した委託業務により利用者に賠償すべき事故が発生した場合の責任の所在 ・その他委託業務の適切な実施を確保するために必要な事項
<input type="checkbox"/>	介護給付費（第1号事業支給費）算定に係る体制等に関する届出書	別紙2	
<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	別紙1	
<input type="checkbox"/>	誓約書	参考様式9-1	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具貸与は「A」を、介護予防福祉用具貸与は「B」を○で囲んでください。 ・法人の役員氏名欄には、法人代表者を含め法人の役員全員の氏名を記載してください。
<input type="checkbox"/>	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	所定のもの	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働省からの依頼に基づくものです。できるだけ確認票を提出してください。 ・各保険に加入している場合は、確認票に記載の書類の写しを添付してください。

□	申請に係る手数料	<ul style="list-style-type: none"> ・ 申請時に納付書をお渡しします。 ・ 福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与を同時に申請の場合は1申請につき現金 35,000 円をご用意ください。 ・ 福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与のいずれかのみの場合は1申請につき現金 30,000 円をご用意ください。
---	----------	---

* 申請書類作成にあたっての留意事項

- ① 書類の写しへの原本証明は不要です。
- ② 申請書類の大きさ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。
- ③ 運営規程等枚数があるものは、袋とじや糊付けは行わず、ホッチキス等によりまとめてください。

平面図及び写真の注意事項 (福祉用具貸与・特定福祉用具販売)

(平面図作成について)

消毒設備・保管室……………自社で福祉用具の消毒・保管を行う場合。既に消毒又は補修がされている福祉用具とそれ以外の福祉用具をそれぞれ保管する区域を明確に区分する必要がある。

事務スペース……………他事業と併設の場合は、それぞれ事務スペースを分ける必要がある。なお、福祉用具専門相談員については、計画作成等のためのスペースが必要。事務スペース内に鍵付書庫を設置。

鍵付書庫……………利用者のケースファイル等の個人情報に係る書類を保管するために必要。他事業と併設の場合、サービス単位ごとに書庫を分けることが必要(ただし、貸与・販売のみ共用可)。扉部分が透明な場合は、来訪者等から書庫の内部が見えないように紙やシートなどを貼る。

相談室……………相談者等のプライバシー保護のため、パーテーションやカーテン等により相談者等の顔が見えないように仕切る必要がある。室内には相談等に必要なお机やイスの設置が必要であり、常時使用する物品などは置かないこと。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運用を行うこと。

※ 上記のほかに事業所の出入り口や各部屋の出入り口、従業員用トイレの記載が必要。また、職員休憩室・更衣室等の設備がある場合、それらの記載も必要。

※ 基本的に部屋についてはすべて用途の記載が必要。

※ 写真の番号、撮影方向の記入。

(写真撮影チェックリスト)

- 平面図に記載した写真番号に合わせて、台紙に写真番号・名称を記載する。
(例：① 建物外観 ② 建物入口 ③ 事務室 ④ 鍵付書庫 等)
- 事業所の外観（建物全体）
- 事業所の玄関や受付場所、事務所全体の状況が判る写真
- 事業所内の各部屋の写真（従業員のトイレや休憩室等を含む）
- 事務スペース内については、机・イスの数や鍵付書庫（鍵を付けて）・パソコン・TEL・FAX等の配置場所が判るように撮影。
- 相談室については、個室又は区画されていることが判るような外側の写真とテーブル・イスの数が判る内側の写真
- 自社で福祉用具の消毒・保管を行う場合は、各消毒設備・保管室の写真

(表)

様式第1号 (第2条関係)

介護サービス事業者等指定(開設許可)申請書

(宛先)
枚方市長

提出日を記載。 → □□年 □□月 □□日

主たる事務所の所在地 **大阪府枚方市〇〇町一丁目〇番〇号〇ビル〇階**

申請者 名称 **株式会社 ×××××**

代表者の職・氏名 **代表取締役 △△ △△△**

(法人以外の者にあつては、住所及び氏名)

介護保険法に規定する事業(施設)等に係る指定(開設許可)を受けたいので、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 ×××××			
	名称又は氏名	株式会社 ×××××			
	主たる事務所の所在地又は住所	(〒 573-〇〇〇〇) 大阪府 枚方市 〇〇町 一丁目〇番〇号〇ビル〇階 漢数字で記載。			
	申請者の連絡先	電話番号	072-△△△-△△△△	FAX 番号	072-△△△-△△△△
		代表者の職名・氏名・生年月日	職名 代表取締役	フリガナ	△△ △△△
		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日生	氏名	△△ △△△
代表者の住所	(〒 573-〇〇〇〇) 大阪府 枚方市 〇〇町 六丁目〇番〇号				

法人について記載すること。法人登記事項証明書に記載されている法人の名称、所在地、代表者の職名、氏名及び住所を記載。

指定等を受けようとする事業所(施設)等	フリガナ	〇〇カイゴサービス			
	名称	〇〇介護サービス			
	所在地	(〒 573-〇〇〇〇) 大阪府 枚方市 〇〇町 一丁目〇番〇号〇ビル〇階			
	電話番号	072-△△△-△△△△	FAX 番号	072-△△△-△△△△	

事業所について名称・所在地・連絡先を記載すること。事業所住所については、居住表示上の正式な番地で記載すること。

※申請手続きに関する担当者及び連絡先

フリガナ	■■ ■■■	連絡先	072-●●●-●●●
氏名	■■ ■■■		

(裏)

同一所在地において行う事業等の種類		指定(開設許可)申請をする事業等 (該当事業に○)	既に指定(開設許可)を受けている事業等 (該当事業に○)	指定(開設許可)申請をする事業等の開始(開設)予定年月日	付 表		
指定等を受けようとする事業等の種類	居宅サービス	訪問介護		○		付表 1	
		訪問入浴介護				付表 2	
		訪問看護				付表 3	
		訪問リハビリテーション				付表 4	
		居宅療養管理指導				付表 5	
		通所介護				付表 6	
		通所リハビリテーション	下記備考の 1、2 参照				付表 7
		短期入所生活介護				付表 8-1/8-2	
		短期入所療養介護				付表 9	
		特定福祉用具販売				付表 10	
		特定施設入居者生活介護				付表 11	
		福祉用具貸与	○		△△年△月△日	付表 12	
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表 15		
	夜間対応型訪問介護				付表 16		
	地域密着型通所介護				付表 25		
	認知症対応型通所介護				付表 17-1/17-2		
	小規模多機能型居宅介護				付表 18		
	認知症対応型共同生活介護				付表 19		
	地域密着型特定施設入居者生活介護				付表 20		
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表 21		
複合型サービス				付表 22			
居宅介護支援					付表 13		
介護予防支援							
介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護				付表 2		
	介護予防訪問看護				付表 3		
	介護予防訪問リハビリテーション				付表 4		
	介護予防居宅療養管理指導				付表 5		
	介護予防通所リハビリテーション				付表 7		
	介護予防短期入所生活介護				付表 8-1/8-2		
	介護予防短期入所療養介護				付表 9		
	特定介護予防福祉用具販売				付表 10		
	介護予防特定施設入居者生活介護				付表 11		
介護予防福祉用具貸与	○		△△年△月△日	付表 12			
介護サービス 地域密着型	介護予防認知症対応型通所介護				付表 17		
	介護予防小規模多機能型居宅介護				付表 18		
	介護予防認知症対応型共同生活介護				付表 19		
施設	介護老人福祉施設				付表 23		
	介護老人保健施設				付表 24-1/24-2		
	介護療養型医療施設				付表 26-1/26-2		
	介護医療院				付表 27-1/27-2		
事業 第 1 号	予防訪問事業		○		付表 1		
	予防通所事業				付表 6/付表 25		
	生活援助訪問事業						
介護保険事業所番号	2	7			(既に指定等を受けている場合)		
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)		

備考

- 「指定(開設許可)申請をする事業等」「既に指定(開設許可)を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「指定(開設許可)申請をする事業等の開始(開設)予定年月日」の欄には、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。
- 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して既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番としてください。
- 国の様式例と異なる様式を使用しています。

【福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与を同時に実施する場合】

【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。

(記入例)

サービス種類 (福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与)
事業所名 (○○介護レンタルサービス)

職種	形態	氏名 (*→)	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 日	2 月	3 火	4 水	5 木	6 金	7 土	8 日	9 月	10 火	11 水	12 木	13 金	14 土	15 日	16 月	17 火	18 水	19 木	20 金	21 土				22 日	23 月	24 火	25 水	26 木	27 金	28 土	
管理者	A	○△ □×		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			祝	8	8	8	8			8	8	8	8	8		152	40		
専門相談員	A	□○ ××		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			祝	8	8	8	8			8	8	8	8	8		152	40		
専門相談員	C	△○ □□		6c	4b		6c	4b			6c	4b		6c	4b			祝	4b		6c	4b			6c	4b		6c	4b		74	20		
専門相談員	C	×× ××		4b	4b	4b	4b	4b			4b	4b	4b	4b	4b			祝	4b	4b	4b	4b			4b	4b	4b	4b	4b		76	20		

同一事業所内で他の職種に従事する場合は「常勤で兼務」になります。

時間をわけて、同一法人の併設事業所に従事する場合は、常勤雇用であっても「非常勤で兼務」となります。また、備考欄に兼務する事業名、時間、職種を記入してください。

★常勤換算
常勤の週の勤務時間 40 時間
40+20+20=80
80÷40=2.0 (人)

祝日等の休みを除いた合計
祝日等の休みを算入して平均を計算する

■常勤の勤務すべき時間数 (40時間/週 (事業所で定めている常勤の従業者が勤務すべき1週あたりの時間数))
 ■常勤の勤務時間 a. 9:00~18:00 (うち1時間休憩) 8時間勤務
 b. 14:00~18:00 4時間勤務
 ■その他の勤務時間 c. 10:00~17:00 (うち1時間休憩) 6時間勤務
 ただし、×× ××は、9:00~14:00 (うち1時間休憩) 4時間を訪問介護事業所の訪問介護員として勤務
 (介護予防) 訪問介護のみ記載 → ※利用者の推定数 人 (サービス提供責任者の配置基準 利用者40人につき1人)

同一敷地内の他事業所との兼務をしている場合、下記のようにただし書きを入れてください。

- 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。
 3 「職種」の欄には、管理者、サービス提供責任者、計画作成担当者、看護職員、訪問介護員、介護職員など配置基準の対象職種を記入してください。
 なお、兼務がある場合は、○○兼○○と記載してください。(例: 管理者兼サービス提供責任者)
 4 「勤務形態」の欄には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
 5 常勤換算が必要な職種 (訪問入浴は不要) 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。
 6 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。

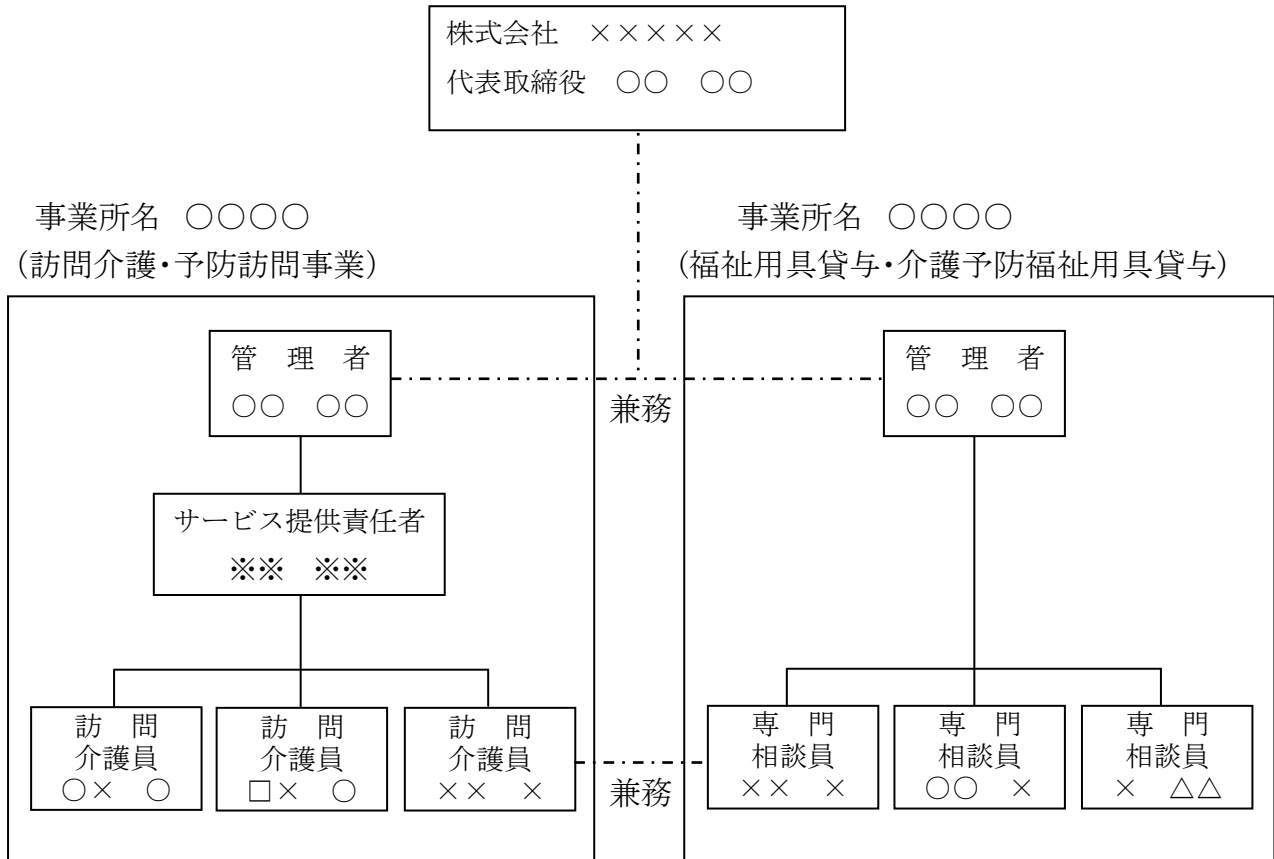
(記 入 例)

【参考資料1】

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。

※新規指定申請の提出書類として作成する場合は、指定予定日時点の体制を記載してください。



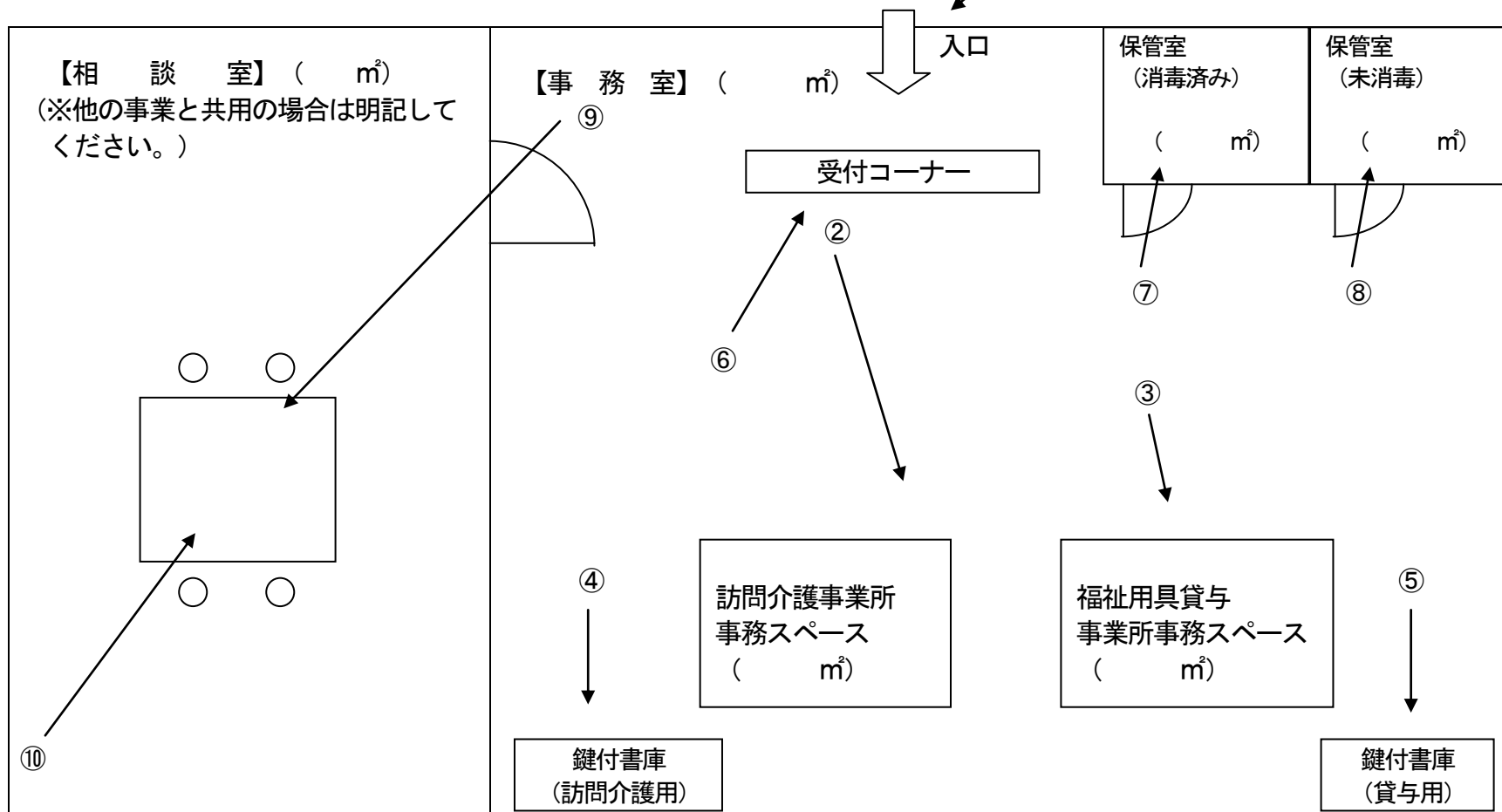
※ 代表取締役 ○○ ○○は、勤務時間中は、訪問介護事業所及び福祉用具貸与事業所の管理者として専従します。

【参考様式3】
事業所の平面図等

(記入例)

事業所又は施設の名称	〇〇介護レンタルサービス 〇〇ヘルプケア
------------	-------------------------

①外観写真(建物全景・事務室入口)



- 備考
- 1 各室の用途及び面積を記載してください。
 - 2 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。
- ※ マル数字は、写真の撮影方向を示します。
 ※ 他の事業と共用の場合は明記してください。

(記 入 例)

事業所の設備の概要

サービス種類 (福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与)
 事務所名 (○○介護レンタルサービス)

設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	備考
1. 福祉用具の保管及び消毒の方法 2. 事務スペース 3. 相談室	<p>(業務委託する場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具の保管及び消毒の業務については、○○株式会社に業務委託します。 ・福祉用具の保管及び消毒の業務が適切な方法で行われるよう必要な事項を委託契約書において取り決めています。 <p>(自社所有の工場等にて行う場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自社所有の○○工場において、滅菌消毒装置・清潔庫・不潔庫を設置し、業務を行います。 ・福祉用具の種類ごとに消毒の具体的方法及び消毒器材の保守点検の方法を記載した標準作業書により適切な消毒を行います。 <ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営を行うために必要な広さを有している。 ・必要な机・イスを設置している。 ・鍵付書庫を設置している。 <ul style="list-style-type: none"> ・パーティションの設置により相談者のプライバシー保護に配慮している。 	

※ 申請するサービス種類に関して、基準上必要な設備について記載してください。

(記 入 例)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所の名称	〇×〇×〇×	申請書（様式第1号） 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	サービスの種類を記入	

措 置 の 概 要	
1	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 072-000-0000 F A X 072-000-0000 担当者：〇〇 〇〇又は〇〇 〇〇 <p>※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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（<u>居宅介護支援事業者の場合のみ記入</u>）</p>
4	<p>その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。