

新規指定申請の手引き



生活援助訪問事業

本市の生活援助訪問事業は、介護の人材不足を少しでも解消できるよう介護の専門職以外の人材を活用し、「調理や掃除等の生活支援サービス」を実施するものです。

要支援者に対して提供するサービスを明確に分けることで、訪問介護員等の介護の専門職としての社会的地位の向上、生活支援員という新たな介護人材の獲得にもつなげていきたいと考えています。

また、本事業の担い手の一部として高齢者等の就労の場の確保につながることも期待しています。

(令和8年1月8日改訂)

枚方市健康福祉部健康づくり課

生活援助訪問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 枚方市指定生活援助訪問事業者の指定並びに指定生活援助訪問事業の人員、設備及び運営並びに指定生活援助訪問事業におけるサービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則（平成29年枚方市規則第18号）（以下、「規則」という。）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、適切に申請等の手続きを行ってください。

なお、指定訪問介護事業者または指定介護予防訪問事業者、枚方市指定予防訪問事業者と同一の事業所において事業を実施する場合、指定訪問介護事業者または指定介護予防訪問事業者、枚方市指定訪問事業者と生活援助訪問事業者で、人員の兼務や設備の共有は原則としてできません。それぞれの事業の人員及び設備の基準を満たす必要があります。

目 次

1. 指定申請について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3 ページ
2. 指定を受けるための要件について・・・・・・・・・・・・	4 ページ
3. 人員及び設備に関する基準について・・・・・・・・・・・・	5 ページ
4. 指定申請に必要な書類等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	7 ページ
5. 平面図及び写真の注意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・	9 ページ
各種様式等記載例	
6. 書類作成の留意事項について・・・・・・・・・・・・・・・・	28 ページ
7. 事業の実施に必要な書類について・・・・・・・・・・・・・・	29 ページ

1. 指定申請について

(1) 受付期間

受付期間は、事業開始を予定する月の前々月 20 日から前月 10 日の間となります。（受付期間の開始及び終了日（20 日・10 日）が土・日・祝等の休日の場合は、前営業日とします。）

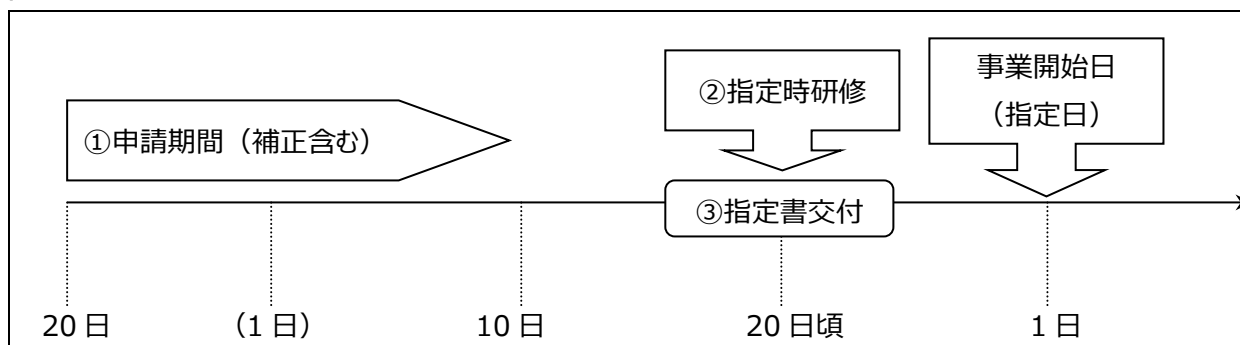
(2) 申請

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

指定申請については、予約制としております。

申請期間開始（20 日）前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、1 回目の申請は受付期間の前半をお願いします。

● 申請予約等の問い合わせ先

枚方市健康福祉部健康づくり課

電話：072-841-1458（直通）

(6) 指定申請手数料

生活援助訪問事業は、居宅サービス等とは異なり手数料の徴収はありません。

居宅サービス事業等については、受益者負担の考えに基づき、申請手数料が必要となります。

2. 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①～④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。

定款の目的欄に当該事業に関する記載のあること。

(定款の記載例)

介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険法に基づく第1号事業

介護保険法に基づく訪問事業

介護保険法に基づく第1号訪問事業及び第1号通所事業

※ 現行定款の目的に「老人居宅生活支援事業」に関する文言が記載されている場合は、介護予防・日常生活支援総合事業の第1号訪問事業が含まれます。

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。

ただし、定款への記載の文言や定款変更許可の手続き等については、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。

なお、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。

② 事業所の従業者が、規則に定める基準を満たしていること。

③ 事業所の設備及び備品が、規則に定める基準を満たしていること。

④ 規則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。

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	必要最低限の配置基準
管理者		専らその職務に従事する者 1 名 ただし、業務に支障がない場合は兼務可
サービス提供責任者	介護福祉士 旧介護職員基礎研修過程修了者 旧訪問介護員養成研修 1 級課程修了者 実務者研修修了者 看護師、准看護師、保健師及び助産師	専ら生活援助訪問事業の職務に従事する者を利用者の数に応じて 1 名以上
生活支援員	枚方市生活支援員養成研修修了者	3 名以上

【注意】

- 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。
- ② サービス提供責任者欄の「利用者の数に応じて」とは、利用者の数に応じた複数名の配置をしなければならないことをいいます。

利用者の数	サービス提供責任者数	利用者の数	サービス提供責任者数
80 人以下	1 名	80 人超 160 人以下	2 名
160 人超 240 人以下	3 名	240 人超 320 人以下	4 名

以下省略

(参考：職種毎の責務)

	規則等に定める責務
法人代表者	労働基準関係法や雇用管理に関する理解、及び法令順守 規則の遵守 従事者の勤務体制の確保 従事者の資質の向上のための研修の機会の確保 従事者の清潔の保持及び健康状態の管理 衛生的な設備及び備品の管理
管理者	生活援助訪問事業所の従事者及び業務の管理 従事者に規則を遵守させるための指揮命令
サービス提供責任者	利用申込みに係る調整 利用者の状態の変化及びサービスに関する意向の定期的な把握 サービス担当者会議への出席 訪問型サービス個別計画（具体的な援助内容）の作成 生活支援員へ利用者の状況等の情報提供

新規指定申請の手引き

	生活支援員の業務の実施状況の把握 生活支援員の能力及び希望を踏まえた業務管理 生活支援員に対する研修や技術指導等
--	--

(2) 設備及び備品に関する基準

設備及び備品	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	事業の運営を行うために必要な面積を有する専用の事務室を設けることが望ましいが、他の事業の用に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室も可 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。	
事務室		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の内容が漏えいしないよう配慮したものであること。
必要な設備・備品	生活援助訪問事業を実施するために必要な設備・備品 手指を洗浄するための設備等感染症予防のための設備、備品	机、イス、鍵付書庫等を設置すること。 石鹸、消毒液、ペーパータオル等を設置すること。 （共用タオルは不可）

4. 指定申請に必要な書類等

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。

(このチェックリストの提出は必要ありません。)

確認	提出書類	様式等	説明
<input type="checkbox"/>	指定申請書	様式第 14 号	指定訪問介護事業所または指定介護予防訪問事業所、枚方市指定予防訪問事業所と同一の事業所において事業を実施する場合でも、当該事業は介護保険事業所番号が変わるため、同一の事業所名称が使用できません。
<input type="checkbox"/>	役員名簿	参考様式①	
<input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項	付表 C	
<input type="checkbox"/>	定款又は寄付行為等の写し	—	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。
<input type="checkbox"/>	法人登記事項証明書 (原本)	—	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 か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	参考様式②-3	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、サービス提供責任者、生活支援員、その他（事務員等）に区分して記載してください。
<input type="checkbox"/>	従事者の資格を証する書類の写し	—	資格証等の写しを「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した氏名の順に並べて提出してください。
<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"/>	管理者経歴書	参考様式③	住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等を記載してください。 当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載してください。
<input type="checkbox"/>	事業所の平面図	参考様式⑤	当該事業に使用する箇所（事務室、相談室、手指洗浄の場としての洗面所等）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。
<input type="checkbox"/>	写真	—	9 ページの「平面図及び写真の注意事項」を参考に作成してください。

新規指定申請の手引き

			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"/>	賃貸借契約書の写し	—	事業所が申請者（法人）所有でない場合に添付してください。
<input type="checkbox"/>	運営規程	例示あり	19 ページの運営規程の記載例を参考にして作成してください。
<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⑦	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また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"/>	財産目録等	参考様式⑧	新規法人等で一度も決算期を迎えていない場合は作成が必要です。 ※ 既法人の場合は、決算時に作成している決算報告書（貸借対照表、損益計算書）の写し
<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	—	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（手続き中の場合は、申込書と領収書の写し）を添付してください。
<input type="checkbox"/>	誓約書	参考様式⑩	署名欄を記入し法人代表者印を押印してください。
<input type="checkbox"/>	届出内容と変更がない旨の誓約書	参考様式⑪	書名欄を記入し法人代表者印を押印してください。

※ 申請書類作成にあたっての留意事項

- ① 使用する印鑑は、すべて法務局に登録されている法人の代表者印を使用してください。
- ② 添付書類中、「写し」となっている書類については、申請者の代表者名で原本証明を行ってください。

※ 原本証明の記載例
この写しは、原本に相違ありません。

法人名
代表者名 登録済印

- ③ 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。

5. 平面図及び写真の注意事項

(平面図作成について)

事務室（要面積記載）	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。 机・イスについては、内勤の職員分（管理者・サービス提供責任者・事務員等）の数は必須 なお、生活支援員については、日報作成等のスペースが必要であり、机・イスの数については、出来れば人数分確保（人数・スペースによっては適当数）
鍵付書庫	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 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、難しい場合、パーティション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も可能） 室内には少なくとも机 1 台、イス 2 脚が必要であり、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。）
手指洗浄スペース	洗面設備必要。感染症予防のため共用タオルは不可 また、原則トイレ内不可。ポンプ式石鹸や消毒備品の配置

- ※ 上記のほかに事務所の出入り口や各部屋の出入り口、従業者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)
- ☐ 事務所の外観（建物全体・看板等）どのような建物か判るように 1～2 枚
※ 入口等が利用者にとってわかりやすいものであること。
- ☐ 事業所の玄関や受付場所、事業所全体の状況が判る写真
- ☐ 事業所内の各部屋の写真（従業者のトイレや休憩室等を含む）
- ☐ 事務室内については、机・イスの数やパソコン・TEL・FAX 等の配置場所が判るように。
- ☐ 鍵付書庫（鍵が付いていることが判るように、鍵を差し込んでアップで撮影する。）
- ☐ 相談室については、個室または区画されていることが判るような外側の写真と机・イスの数が判る内側の写真
- ☐ 手指洗浄スペースについては、ポンプ式石鹸や消毒備品を配置した状況の写真
(衛生面からペーパータオル等の設置)

(記入例)

(表)

様式第14号(第2条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業者指定申請書

(宛先) 枚方市長

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 株式会社 〇〇〇〇
代表者の職・氏名 代表取締役 △△△ △△ 印

介護保険法に規定する第1号事業に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します

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

申請者	フリガナ	カブシキガイシャ 〇〇〇〇			
	名称	株式会社 〇〇〇〇			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 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			
	申請者の連絡先	電話番号	072-000-0000	FAX番号	072-000-0000
	法人の種別	株式会社		法人の所轄庁	
	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 〇月 〇日生	氏名	△△△ △△
代表者の住所	(郵便番号 573-〇〇〇〇) 大阪府 枚方市 〇〇町 六丁目〇番〇号				

申請書裏面備考2参照。
営利法人(株式会社・有限会社等)は記入不要

漢数字で記載

※申請手続きに関する担当者及び連絡先

フリガナ	〇〇 〇〇	連絡先	072- 000 - 0000
氏名	〇〇 〇〇		

(裏面に続く)

新規指定申請の手引き

(裏)

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

フリガナ	〇〇セイカツシエンサービス					
事業所の名称	〇〇生活支援サービス					
事業所の所在地等	(郵便番号 573-〇〇〇〇) 大阪府 枚方市 〇〇町 丁目〇番〇号 〇ビル〇階					
	電話番号	072-000-0000	FAX番号	072-000-0000		
指定を受けようとする事業の種類	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号訪問事業	予防訪問事業				付表1
		生活援助訪問事業	○	H〇〇.〇.〇		付表2
	第1号通所事業	予防通所事業				付表3
	第1号介護予防支援事業	介護予防ケアマネジメント				付表4
	居宅サービス	訪問介護	下記備考の3、4、5、6参照			
		通所介護				
	介護予防サービス	介護予防訪問介護				
		介護予防通所介護				
	居宅介護支援					
	介護予防支援					
	上記以外の事業 ()					
	上記以外の事業 ()					
	上記以外の事業 ()					
	希望する有効期間満了日 年 月 日まで					
※上記事業開始予定年月日から6年以内の範囲で記入してください。ただし、指定を受けている居宅サービス（又は介護予防支援）と一体的に運営する場合は、原則その指定有効期間満了日としてください。						
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合)					
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1 「法人の種別」の欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」等の法人の種別を記入してください。
- 2 「法人の所轄庁」の欄は、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。
- 3 「実施事業」の欄には、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。なお、複数のサービスを同時に申請する場合は、この申請書により申請するものについて該当する欄に「◎」を、別の申請書により申請するもの及び既に指定又は開設許可を受けているものについて該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」の欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。
- 5 「既に指定を受けている事業の指定年月日」の欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記入してください。
- 6 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」の欄に記入してください。
- 7 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番としてください。

新規指定申請の手引き

(記入例)

【参考様式①】

法人登記事項証明書及び定款のとおりに記載してください。

営利法人の場合、①が代表取締役（代表社員）であっても取締役（業務執行社員）と記載

役員名簿（申請者が法人の場合）

名	生 年 月 日		住 所
	役 職 名・呼 称		
①	フリガナ △△ △△	〇〇年〇月〇日	(郵便番号 573-〇〇〇〇) 大阪 都 道 枚方 郡 〇〇 区 〇〇町六丁目〇〇番〇号 (電話番号 00-0000-000 FAX 番号 00-0000-0000)
	氏 名 △△ △△	取締役	
②	フリガナ ×× ×××	〇〇年〇月〇日	(郵便番号 500-〇〇〇〇) 大阪 都 道 〇〇 郡 〇〇 区 〇〇町二丁目〇〇番〇号 (電話番号 00-0000-000 FAX 番号 00-0000-0000)
	氏 名 ×× ×××	取締役	
③	フリガナ 〇〇 〇〇	〇〇年〇月〇日	(郵便番号 610-〇〇〇〇) 京都 都 道 京田辺 郡 〇〇 区 〇〇町三丁目〇〇番〇号 (電話番号 00-0000-000 FAX 番号 なし)
	氏 名 〇〇 〇〇	取締役	
④	フリガナ □□ □□	〇〇年〇月〇日	(郵便番号 572-〇〇〇〇) 大阪 都 道 寝屋川 郡 〇〇 区 〇〇町四丁目〇〇番〇号 (電話番号 00-0000-000 FAX 番号 00-0000-0000)
	氏 名 □□ □□	取締役	
⑤	フリガナ ◇◇ ◇◇	〇〇年〇月〇日	(郵便番号 576-〇〇〇〇) 大阪 都 道 交野 郡 〇〇 区 〇〇町五丁目〇〇番〇号 (電話番号 00-0000-000 FAX 番号 00-0000-0000)
	氏 名 ◇◇ ◇◇	監事	
⑥	フリガナ	年 月 日	(郵便番号 —) 都 道 府 県 都 市 区 (電話番号 —)
	氏 名		
⑦	フリガナ	年 月 日	(郵便番号 —) 都 道 府 県 都 市 区 (電話番号 — FAX番号 —)
	氏 名		
⑧	フリガナ	年 月 日	(郵便番号 —) 都 道 府 県 都 市 区 (電話番号 — FAX番号 —)
	氏 名		
⑨	フリガナ	年 月 日	(郵便番号 —) 都 道 府 県 都 市 区 (電話番号 — FAX番号 —)
	氏 名		
⑩	フリガナ	年 月 日	(郵便番号 —) 都 道 府 県 都 市 区 (電話番号 — FAX番号 —)
	氏 名		

FAX が無い場合は「なし」と記載

- 備 考
- 1 新規事業申請の際は、本様式を、様式第 14 号とあわせて使用してください。
 - 2 本様式に記載する当該法人の役員は、業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他のいかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含みます。
 - 3 本様式の記入欄が不足する場合は、本様式を追加して記載してください。

(記入例)

付表C

生活援助訪問事業者の指定に係る記載事項

申請書（様式第1号）で記載した同一の事業所名、所在地等を記入

事業所	フリガナ	〇〇セイカツシエンサービス										
	名称	〇〇生活支援サービス										
	所在地	(郵便番号 573 -0000) 大阪府枚方市〇〇町一丁目〇番〇号〇ビル〇階										
	連絡先	電話番号	072-000-0000				FAX 番号	072-000-0000				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文											第 条第 項第 号	
管理者	フリガナ	〇△ □×				(郵便番号 573 -0000)						
	氏 名	〇△ □×				住所・連絡先	大阪府枚方市〇〇町三丁目〇番〇号 電話：072-000-0000					
	生年月日	昭和 00 年 0 月 0 日生										
	他の職務との兼務の状況（兼務がある場合のみ記入）											
	当該事業所内での他の職務との兼務					職種	〇〇活動移動支援事業所					
	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別 兼務する職種及び勤務時間 責任者 (10:00~18:00) 7 時間従事/日						
サービス提供責任者	フリガナ	〇× 〇×				住所	(郵便番号 573 -0000) 大阪府枚方市〇一丁目〇番〇号			資格	保健師	
	氏名	〇× 〇×										
	フリガナ	〇△ □□				住所	(郵便番号 573 -0000) 大阪府枚方市△一丁目〇番〇号			資格	介護福祉士	
	氏名	〇△ □□										
	フリガナ					住所	(郵便番号 -)			資格		
	氏名											
生活支援員研修修了者	フリガナ	□□ 〇△				研修修了証番号	第 009999 号					
	氏名	□□ 〇△										
	フリガナ	△□ 〇〇				研修修了証番号	第 019999 号					
	氏名	△□ 〇〇										
	フリガナ	〇〇 ××				研修修了証番号	第 029999 号					
	氏名	〇〇 ××										
主な掲示事項	常勤(人)	3					非常勤(人)	2				
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他	8/13~8/15 年間の休日 12/30~1/3	
	営業時間	平日	10:00 ~ 18:00					土曜	10:00 ~ 18:00		日・祝	~
		備考	サービス提供可能な時間 8:00~20:00									
	利用料	法定代理受領分	算定基準要領に定める額									
		法定代理受領分以外	算定基準要領に定める額									
通常の事業実施地域	枚方市											
備考												

次ページの記入例を参照

管理者、その他職員を除く。

運営規程に合わせてください。

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

付表の記入例 別紙

○○株式会社 定款（例）			
第1章 総則 （商号） 第1条 当社は、○○株式会社と称する。 （目的） 第2条 当社は次の事業を行うことを目的とする。			
（１）～（４） の全体を「第１項」 とします。	<table style="border: none;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">{</td> <td style="border: none;"> （１） 介護保険法に基づく居宅サービス事業 （２） 介護保険法に基づく介護予防サービス事業 （３） 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業 （４） 前各号に附帯又は関連する一切の事業 </td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> 第１号～第４号とします。 </div>	{	（１） 介護保険法に基づく居宅サービス事業 （２） 介護保険法に基づく介護予防サービス事業 （３） 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業 （４） 前各号に附帯又は関連する一切の事業
{	（１） 介護保険法に基づく居宅サービス事業 （２） 介護保険法に基づく介護予防サービス事業 （３） 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業 （４） 前各号に附帯又は関連する一切の事業		

上記のように目的を記載している場合であって、生活援助訪問事業を実施する場合は、以下のとおり付表に記載してください。

当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文	第2条 第1項 第3号
-----------------------------	-------------

なお、次のように目的を記載している場合であって、居宅サービスと同時に実施する場合は、以下のとおり付表に記載してください。

（目的） 第2条 当社は、次の事業を行うことを目的とする。 （１） 介護保険法に基づく事業								
<table style="border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">イ</td> <td>介護保険法に基づく居宅サービス事業</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">ロ</td> <td>介護保険法に基づく介護予防サービス事業</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">ハ</td> <td>介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">ニ</td> <td>介護保険法に基づく地域密着型サービス事業</td> </tr> </table>	イ	介護保険法に基づく居宅サービス事業	ロ	介護保険法に基づく介護予防サービス事業	ハ	介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業	ニ	介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
イ	介護保険法に基づく居宅サービス事業							
ロ	介護保険法に基づく介護予防サービス事業							
ハ	介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業							
ニ	介護保険法に基づく地域密着型サービス事業							

当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文	第2条 第1項 第1号イ・第1号ハ
-----------------------------	-------------------

新規指定申請の手引き

(記入例)

【参考様式2-3】

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 (生活援助訪問事業)
事業所名 (○○生活支援サービス)

職 種	勤務 形態	氏 名 (※)	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4週の 合計	平均 勤務 時間	備考
			1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日	12 日	13 日	14 日	15 日	16 日	17 日	18 日	19 日	20 日	21 日	22 日	23 日	24 日	25 日	26 日	27 日	28 日			
管理者	B	○△ □×	7	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	祝	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	7	133	42	常 勤 換 算 の 記 載 は 不 要	
サービス提供責任者	A	○× ○×	7	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	祝	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	7	133	42		
サービス提供責任者	A	○△ □□	7	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	祝	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	7	133	42		
生活支援員	A	□□ ○△	7	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	祝	7	7	7	7	7		7	7	7	7	7	7	7	133	42		
生活支援員	C	△□ ○○	6c	4d					6c	4d	6c					祝	4d					6c	4d	6c						98	26		
生活支援員	D	○○ ××	4b	4b	4b	4b	4b				4b	4b	4b	4b	4b		祝	4b	4b	4b	4b			4b	4b	4b	4b	4b		76	20		
																																常 勤 換 算 の 記 載 は 不 要	
■常勤の勤務時間 a 10:00 ~ 18:00 (うち 1時間 休憩) 7時間勤務																																	
■その他の勤務時間 b. 14:00~18:00 4時間勤務 c. 10:00~17:00 (うち1時間休憩) 6時間勤務 d. 9:00~13:00 4時間勤務																																	
ただし、○○ ××は、9:00~14:00 (うち1時間休憩) 4時間を活動移動支援事業所の従事者として従事																																	
※ 利用者の推定数 90 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)																																	
備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。																																	
2 「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)																																	
3 「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																																	
4 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。																																	

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、備考に兼務する事業名、時間、職種を記入してください。

祝日等の休みを除いた合計

祝日等の休みを参入して平均を計算する。

備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。

2 「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。

3 「勤務形態」の欄には、3 「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

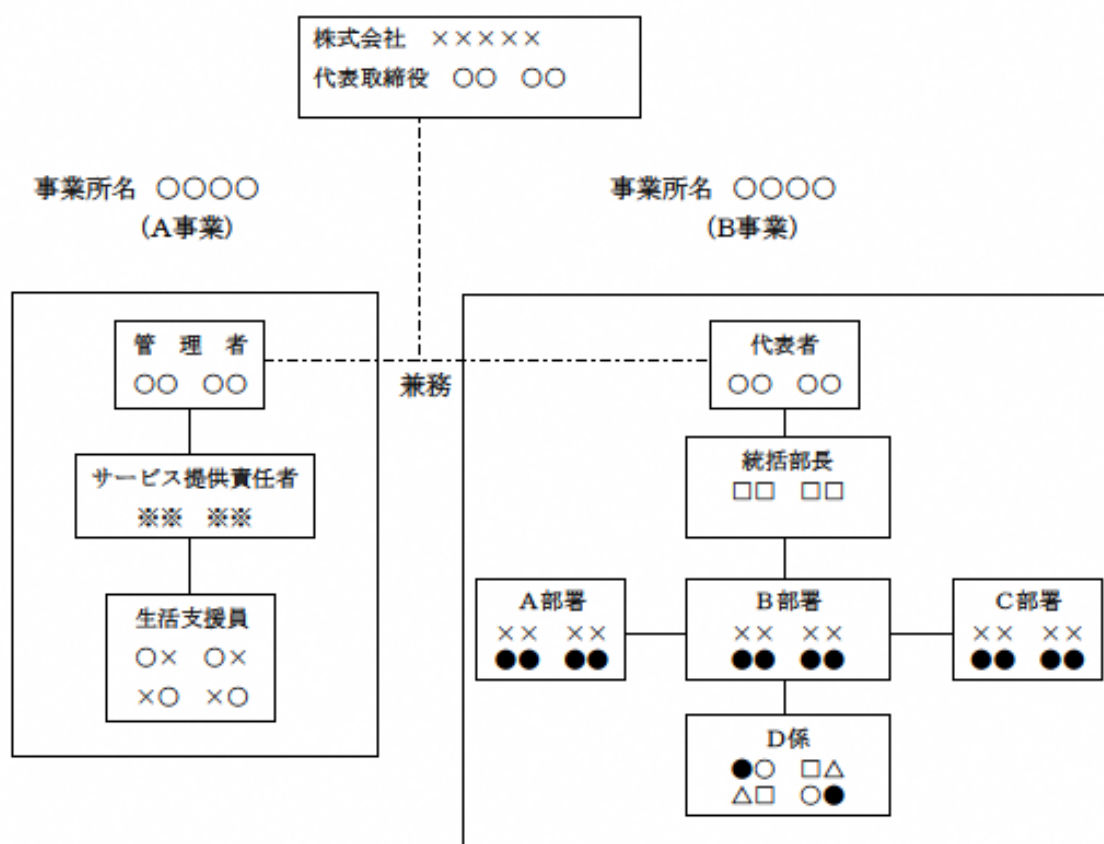
4 算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。

(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、A事業の事業所及びB事業護事業所の管理者として専従します。

(記入例)

【参考様式③】

管 理 者 経 歴 書

付表Cの「管理者」の欄と、記載内容が一致するように注意してください。

事業所の名称		〇〇生活支援サービス	
フリガナ	〇△ □×	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
氏名	〇△ □×		
住所	(郵便番号 573 - 0000) 大阪府枚方市〇〇町三丁目〇番〇号		
電話番号	072-000-0000		
主 な 職 歴 等			
在 職 期 間	勤 務 先 等		職 務 内 容
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
〇〇年〇月～ 年 月	申請事業所名		管理者
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月	
備 考 (研修等の受講の状況等)			

経歴の最後に、今回申請する事業所で管理者に従事することを予定として記入してください。

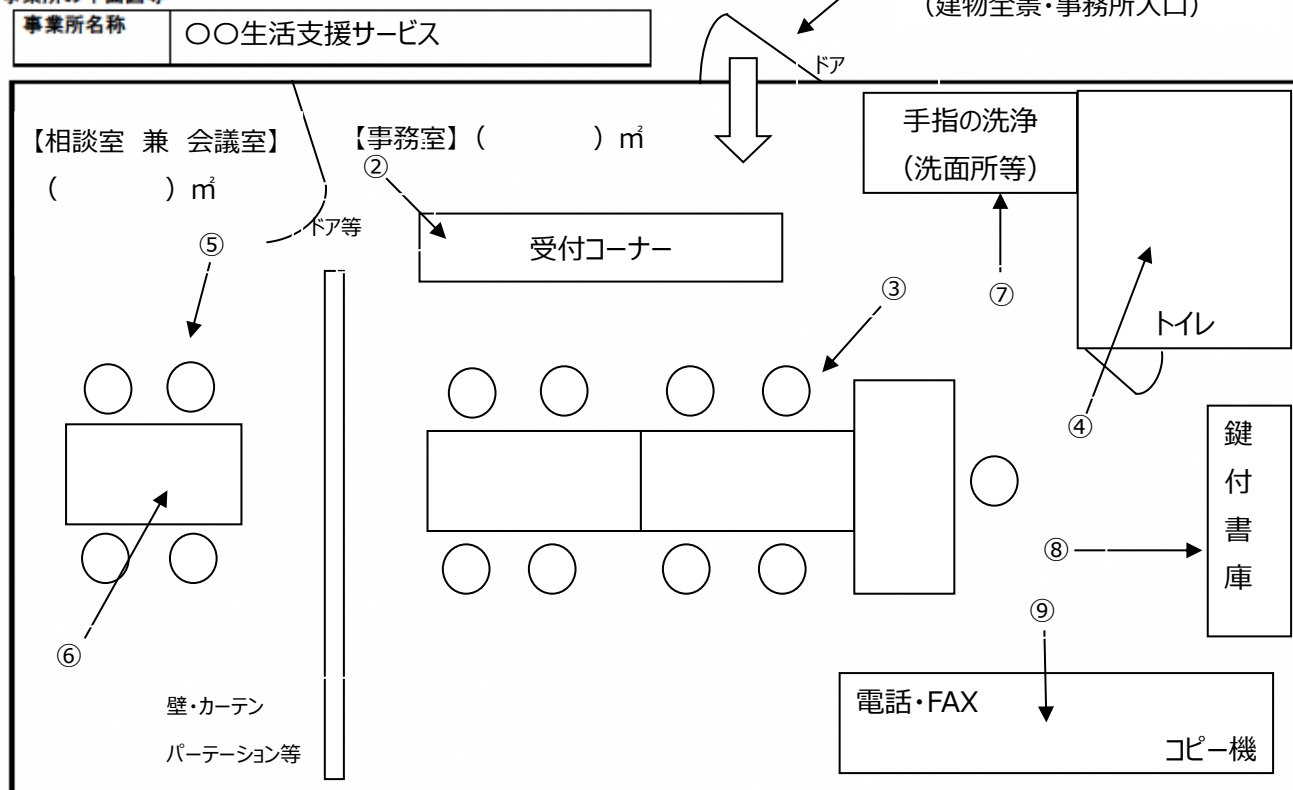
(記入上の注意事項)

- 1 住所・電話番号は、自宅を記載してください。

(記入例)

【参考様式⑤】

事業所の平面図等



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。

※ 事務室（要面積記載）、鍵付書庫、相談室のほかに事務所の出入り口や各部屋の出入り口、従業者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

※ 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。

【運営規程の記載例】

この運営規程の例示はあくまでイメージであり、各項目の記載の方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。

運 営 規 程 の 例	作成に当たっての留意事項等
<p>△△△生活援助訪問事業運営規程</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生活援助訪問事業（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、指定生活援助の円滑な運営管理を図るとともに、要支援状態の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定生活援助の提供を確保することを目的とする。</p> <p>(生活援助訪問事業の運営の方針)</p> <p>第2条 事業所が実施する事業は、利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこととする。</p> <p>2 事業の実施にあたっては、利用者の心身状況等を把握し、内容や実施期間を定めた訪問型サービス個別計画を作成するとともに、訪問型サービス個別計画の作成後、個別計画の実施状況の把握（モニタリング）をし、モニタリング結果を介護予防支援事業者等へ報告することとする。</p> <p>3 事業の実施にあたっては、利用者の心身機能、環境状況等を把握し、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率性・柔軟性を考慮した上で、利用者の意思及び人格を尊重しながら、利用者のできることは利用者が行うことを基本としたサービス提供に努めるものとする。</p> <p>4 事業の実施にあたっては、枚方市、介護予防支援事業者等、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p> <p>5 前4項のほか、「枚方市指定生活援助訪問事業者の指定並びに指定生活援助訪問事業の人員、設備及び運営並びに指定生活援助訪問事業におけるサービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則」（平成28年度枚方市規則第18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>(事業の運営)</p> <p>第3条 生活援助訪問事業に係るサービス（以下「サービス」という。）の提</p>	<p>・「△△△」は、事業所の名称を記載してください。</p> <p>・「＊ ＊ ＊」は、開設者名（法人名）を記載してください。</p> <p>・</p> <p>枚方市指定生活援助訪問事業者の指定並びに指定生活援助訪問事業の人員、設備及び運営並びに指定生活援助訪問事業におけるサービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則（平成28年度枚方市規則第18号）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。</p>

<p>供に当たっては、事業所の従業者によってのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとする。</p> <p>(事業所の名称等)</p> <p>第4条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。</p> <p>(1) 名 称 △△△</p> <p>(2) 所在地 大阪府枚方市〇〇町一丁目〇番〇号〇〇ビル〇階</p> <p>(従業者の職種、員数及び職務の内容)</p> <p>第5条 事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。</p> <p>(1) 管理者 1名(常勤職員)</p> <p>従業者および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生活援助事業の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項について指揮命令を行う。</p> <p>(2) サービス提供責任者 〇名(常勤 〇名、非常勤 〇名)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス個別計画の作成・変更等を行い、利用の申込みに係る調整をすること。 ・利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議等への出席、利用者に関する情報の共有等介護予防支援事業者等との連携にすること。 ・生活支援員に対し、具体的な援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握すること。 ・生活支援員の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導その他サービス内容の管理について必要な業務等を実施すること。 <p>(3) 生活支援員 〇〇名(常勤 〇名、非常勤 〇名)</p> <p>ただし、業務の状況により、増員することができるものとする。</p> <p>生活支援員は、訪問型サービス個別計画に基づきサービスの提供に当たる。</p> <p>(4) 事務職員 〇名(常勤又は非常勤 〇名)</p> <p>必要な事務を行う。</p> <p>(営業日及び営業時間)</p> <p>第6条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。</p> <p>(1) 営業日 〇曜日から〇曜日までとする。</p> <p>ただし、祝日、〇月〇日から〇月〇日までを除く。</p> <p>(2) 営業時間 午前〇時から午後〇時までとする。</p> <p>(3) サービス提供時間 午前〇時から午後〇時までとする。</p>	<p>・所在地は、丁目、番、号、ビル名を正確に記載してください。</p> <p>・兼務の場合は「〇〇と兼務」と記載してください。</p> <p><例> 「サービス提供責任者と兼務」</p> <p>・兼務の場合は「〇〇と兼務」と記載してください。</p> <p><例> 「管理者と兼務」</p> <p>・常勤と非常勤に分類して記載してください。</p> <p>・事務職員は、配置する場合のみ記載してください。</p> <p>・営業日・営業時間は、利用者か</p>
---	--

<p>(４) 上記の営業日、営業時間、サービス提供時間のほか、電話等により 24時間常時連絡が可能な体制とする。</p> <p>(サービスの内容)</p> <p>第7条 事業所で行うサービスの内容は次のとおりとする。</p> <p>(１) 訪問型サービス個別計画の作成</p> <p>(２) 生活援助に関する内容</p> <p>①調理</p> <p>②衣類の洗濯、補修</p> <p>③住居の掃除、整理整頓</p> <p>④生活必需品の買い物</p> <p>⑤その他必要な家事</p> <p>(利用料等)</p> <p>第8条 サービスを提供した場合の利用料の額は、枚方市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費の額等を定める要領の額（月単位）とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。</p> <p>なお、法定代理受領以外の利用料についても上記要領の額（月単位）の支払いを受けるものとする。</p> <p>2 前項の利用料等の支払を受けたときは、利用者又はその家族に対し、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分したもの）について記載した領収書を交付する。</p> <p>3 サービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用に関し事前に文書で説明した上で、その内容及び支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けるものとする。</p> <p>4 法定代理受領サービスに該当しないサービスに係る利用料の支払いを受けたときは、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ものとする。</p> <p>(通常の事業の実施地域)</p> <p>第9条 通常の事業の実施地域は、枚方市とする。</p> <p>(衛生管理等)</p> <p>第10条 生活支援員等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>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。</p> <p>・サービス提供時間は、利用者に対するサービス提供が可能な時間を記載してください。</p> <p>・生活援助の内容について記載してください。</p> <p>・内容については、あくまで例示ですので、事業所の実態に応じて記載してください。</p>
--	---

<p>(緊急時等における対応方法)</p> <p>第 1 1 条 生活支援員は、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ずるとともに、管理者に報告する。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講ずるものとする。</p> <p>2 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は、利用者の所在する市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとする。</p> <p>3 利用者に対する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。</p> <p>(苦情処理)</p> <p>第 1 2 条 サービスの提供に係る利用者及び家族からの苦情には、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 提供したサービスに関しては、介護保険法第 115 条の 45 の 7 の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員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。</p> <p>3 提供したサービスに係る利用者からの苦情に関しては、国民健康保険団体連合会が行う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。</p> <p>(個人情報の保護)</p> <p>第 1 3 条 利用者又は家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとする。</p> <p>2 従事者が得た利用者又は家族の個人情報については、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利用者又は家族の同意を、あらかじめ書面により得るものとする。</p> <p>(虐待防止に関する事項)</p> <p>第 1 4 条 利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。</p> <p>(1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施</p> <p>(2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備</p>	<p>・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。</p>
---	--------------------------------------

<p>(3) その他虐待防止のために必要な措置</p> <p>2 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、これを枚方市に通報するものとする。</p> <p>（その他運営に関する重要事項）</p> <p>第15条 従業者の資質向上のために次のとおり研修の機会を設けるものとし、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○か月以内</p> <p>（2）継続研修 年○回</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 事業者は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。</p> <p>4 事業所の従業者に、その同居の家族である利用者に対するサービスの提供をさせないものとする。</p> <p>5 事業所は、サービスに関する諸記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低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外、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</p> <p>この規程は、平成○年○月○日から施行する。</p>	<p>・「***」は、開設者名（法人名）を記載してください。</p>
--	------------------------------------

(記入例)

【参考様式⑦】

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	〇〇生活支援サービス
申請するサービスの種類	生活援助

措 置 の 概 要
<p>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</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 FAX072-000-0000 担当者：〇〇 〇〇または〇〇 〇〇 ・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。 <p>2 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"> ・苦情また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。) <p>3 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。

(記入例)

【参考様式⑧】

※もうすでに決算が終わっている法人は、決算書（貸借対照表、損益計算書）を提出してください。

財 産 目 録

株式会社×××××

(平成 年 月 日現在)

(単位：円)

科目・摘要	金 額		
I 資産の部			
1 流動資産			
現金預金			
現金 ①	①	〇〇〇	
普通預金 ②	②	〇〇〇	
未収金 ③	③	〇〇〇	
. . . ④	④	〇〇〇	
流動資産合計 (A)		(A) 〇〇〇〇 ①～④の合計	
2 固定資産			
土地 ⑤	⑤	〇〇〇	
建物 ⑥	⑥	〇〇〇	
. . . . ⑦	⑦	〇〇〇	
固定資産合計 (B)		(B) 〇〇〇〇 ⑤～⑦の合計	
資産合計 (ア)			(ア) 〇〇〇〇 (A) + (B)
II 負債の部			
1 流動負債			
短期借入金 ⑧	⑧	〇〇〇	
預かり金 ⑨	⑨	〇〇〇	
. . . . ⑩	⑩	〇〇〇	
流動負債合計 (C)		(C) 〇〇〇〇 ⑧～⑩の合計	
2 固定負債			
長期借入金 ⑪	⑪	〇〇〇	
退職給与引当金 ⑫	⑫	〇〇〇	
. . . . ⑬	⑬	〇〇〇	
固定負債合計 (D)		(D) 〇〇〇〇 ⑪～⑬の合計	
負債合計 (イ)			(イ) 〇〇〇〇 (C) + (D)
差引正味財産 (ウ)			(ウ) 〇〇〇〇 ((ア) - (イ))

* 様式は任意です。申請者が規定する様式・内容で添付していただいても差し支えありません。

(記入例)

【参考様式⑩】(第1号事業)

誓 約 書

指定申請書で記載した
申請者を記入

介護保険法(平成9年法律第123号。以下同じ。)第115条の45の5第2項の規定を確認し、内容を理解した上で当該規定に該当しないことを誓約します。

また、当該第1号事業を行う事業所を運営するにあたって、介護保険法、その他関係法令等を遵守することを誓約します。

【署名欄】

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

名 称：株式会社 〇〇〇〇

代表者の職・氏名：代表取締役 △△△ △△ 印

【介護保険法(抜粋)】

(指定事業者の指定)

第115条の45の5 第115条の45の3第1項の指定(第115条の45の7第1項を除き、以下この章において「指定事業者の指定」という。)は、厚生労働省令で定めるところにより、第1号事業を行う者の申請により、当該事業の種類及び当該事業の種類に係る当該第1号事業を行う事業所ごとに行う。

2 市町村長は、前項の申請があった場合において、申請者が、厚生労働省令で定める基準に従って適正に第1号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。

(指定の更新)

第115条の45の6 指定事業者の指定は、厚生労働省令で定める期間ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

2 前項の更新の申請があった場合において、同項の期間(以下この条において「有効期間」という。)の満了の日までにその申請に対する処分がされないときは、従前の指定事業者の指定は、有効期間の満了後もその処分がされるまでの間は、なおその効力を有する。

3 前項の場合において、指定事業者の指定の更新がされたときは、その有効期間は、従前の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。

4 前条の規定は、指定事業者の指定の更新について準用する。

【介護保険法施行規則(抜粋)】

(法第115条の45の5第2項の厚生労働省令で定める基準)

第140条の63の6 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。

1 第1号事業(第1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り。)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

2 第1号事業に係る基準として、当該第1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)

【参考様式⑪-3】(予防訪問事業・新規)

誓 約 書

介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業における第1号訪問事業の事業者の指定申請に際して、下記の書類については、すでに提出や届出を行っている内容と相違ないこと、並びに当該内容が人員、設備及び運営に関する基準その他関係通知等に適合していることを誓約します。

また、今回の申請に関して、後日枚方市から必要書類の提出を求められた場合は、速やかにこれに応じます。

記

- 1 役員名簿
- 2 定款又は寄付行為等の写し、及びその登記事項証明書
- 3 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態並びに利用者の推定数
- 4 管理者の経歴書
- 5 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
- 6 事業所の平面図

(※該当する項目の番号に○印をしてください。)

指定申請書で記載した
申請者を記入

【署名欄】

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
事業者の名称	株式会社 〇〇〇〇
代表者の職・氏名	代表取締役 △△△ △△ 

※ 登記事項証明書等原本の添付が必要なものは、この限りではありません。

添付書類中、「写し」となっている書類については、申請者の代表者名で原本証明を行ってください。

※ この場合は、表面の余白に証明を行い、裏面は使用しないでください。

[illegible]

7. 事業の実施に必要な書類について

事業を実施する中で必要となってくる書類の一部を紹介します。内容については、あくまで例示ですので、事業所の実態に応じて書類を作成してください。

- 労働者の労働条件を明示した書類

労働者を雇い入れた時には、賃金、労働時間等の労働条件を書面の交付により明示しなければいけません。

- 就業規則の作成と届出

常時 10 人以上の労働者を使用する使用者は、就業規則を作成し、労働基準監督署長に届け出なければなりません。

就業規則の内容は、法令等に反してはなりません。

作成した就業規則は、労働者に周知しなければなりません。

- 従業者の健康状態の管理台帳

- 生活援助サービス提供における清潔の保持等を目的とした衛生管理マニュアル

- 生活援助サービス提供における重要事項説明書

- 生活援助サービス提供における契約書

- 利用申込（相談）受付票

- 利用契約における個人情報使用同意書

- 利用者状況記録台帳

- 訪問型サービス個別計画書

- サービス実施状況報告書

- モニタリング結果報告書

- 介護保険事業者事故報告書

- 苦情（相談）対応記録

- 事故・ひやりはっと報告書

◎の書類は、次ページ以降に参考様式を例示（データは市ホームページ掲載）していますので、参考にしてください。

新規指定申請の手引き

モデル重要事項説明書 (生活援助訪問事業)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている生活援助サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「枚方市生活援助訪問事業者の指定並びに生活援助訪問事業の人員、設備及び運営並びに指定生活援助訪問事業におけるサービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則（平成 29 年枚方市規則第 18 号）」第 9 条の規定に基づき、生活援助サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 指定生活援助サービスを提供する事業者について

事業者名称	(法人格及び法人の名称)
代表者氏名	(代表者の役職名及び氏名)
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	(法人登記簿記載の所在地) (連絡先部署名) (電話・ファックス番号)
法人設立年月日	(法人設立年月日)

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	(指定事業所名称)
介護保険指定 事業所番号	(指定事業所番号)
事業所所在地	(事業所の所在地、ビル等の場合には 建物名称、階数、部屋番号まで)
連絡先 相談担当者名	(連絡先電話・ファックス番号) (部署名・相談担当者氏名)
事業所の通常の 事業の実施地域	枚方市

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	(運営規程記載内容の要約)
運営の方針	(運営規程記載内容の要約)

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	(運営規程記載の営業日を記載)
営業時間	(運営規程記載の営業時間を記載)

新規指定申請の手引き

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	(サービス提供可能な日)
サービス提供時間	(サービス提供可能な時間帯)

(5) 事業所の職員体制

管理者	(氏名)
-----	------

職	職務内容	人員数
管理者	1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	名
サービス提供責任者	1 生活援助訪問事業の利用の申込みに係る調整を行います。 2 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 3 サービス担当者会議への出席等により、地域包括支援センターと連携を図ります。 4 生活支援員に対し、具体的な援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 5 生活支援員の業務の実施状況を把握します。 6 生活支援員の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。 7 生活支援員に対する研修、技術指導等を実施します。 8 利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した訪問型サービス個別計画を作成します。 9 訪問型サービス個別計画の作成にあたっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 10 訪問型サービス個別計画の内容について、利用者の同意を得たときは、当該計画書を利用者に交付します。 11 訪問型サービス個別計画に基づくサービスの提供にあたって、当該計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した地域包括支援センターに必要に応じて報告します。 12 訪問型サービス個別計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、必要に応じて実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。 13 上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて訪問型サービス個別計画の変更を行います。 14 その他サービス内容の管理について必要な業務を実施します。	名

新規指定申請の手引き

生活支援員	1 訪問型サービス個別計画に基づき、日常生活を営むのに必要な生活援助のサービスを提供します。 2 サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けることで技術や知識の進歩に対応し、適切な技術等をもってサービス提供します。 3 サービス提供後、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 4 サービス提供責任者から、利用者の状況についての情報伝達を受けます。	名
事務職員	サービス・活動事業等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
訪問型サービス個別計画の作成	利用者に係る地域包括支援センターが作成した介護予防サービス計画（ケアプラン）に基づき、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問型サービス個別計画を作成します。
買物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
調理	利用者の食事の用意を行います。また、利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む。）を行います。
掃除	利用者と一緒に居室の掃除や整理整頓を行います。
洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。また、利用者と一緒に洗濯物を干したりたたんだりを行います。

（メモ）利用者との間で、提供するサービスに関して疑義や誤解が生じないように、サービス内容は、できるだけ具体的に記述するようにしてください。

(2) 生活支援員等の禁止行為

生活支援員等はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 身体介護
- ③ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ④ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ⑤ 利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑥ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑦ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑧ 身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑨ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

新規指定申請の手引き

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について（サービス・活動事業を適用する場合）

	サービス提供区分	基本単位	利用料	利用者負担額		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
週〇回程度の利用が必要な場合 訪問型サービス費（Ⅰ）	通常の場合 (月ごとの定額制)	900 【842】	9,009 円	901 円	1,802 円	2,703 円
	日割り計算	30 【29】	310 円	31 円	62 円	93 円
週〇回程度の利用が必要な場合 訪問型サービス費（Ⅱ）	通常の場合 (月ごとの定額制)	1,800 【1,683】	18,008 円	1,801 円	3,602 円	5,403 円
	日割り計算	59 【56】	599 円	60 円	120 円	180 円

- ※ 「週〇回程度の利用が必要な場合」とあるのは、週当たりのサービス提供の頻度による区分を示すものですが、提供月により月間のサービス提供日数が異なる場合であっても、利用料及び利用者負担額は変動せず定額となります。
- ※ 利用者の体調不良や状態の改善等により訪問型サービス個別計画に定めたサービス提供区分よりも利用が少なかった場合、又は訪問型サービス個別計画に定めたサービス提供区分よりも多かった場合であっても、月の途中でのサービス提供区分の変更は行いません。なお、翌月のサービス提供区分については、利用者の新たな状態に応じた区分による訪問型サービス個別計画を作成し、サービス提供を行うこととなります。
- ※ 月ごとの定額制となっていますが、月途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合等は日割り計算を行います。
- ※ 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る）若しくは当事業所と同一建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物の利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の 90/100 となります。
- ※ 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る）若しくは当事業所と同一建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物の利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の 90/100 となります。
- ※ 事業所と同一建物の利用者の利用者 50 人以上にサービスを行う場合は、上記金額の 85/100 となります。
- ※ 同一の建物等に居住する利用者の割合が 100 分の 90 以上の場合は、上記金額の 88/100 となります。

新規指定申請の手引き

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
初回加算	200 【187】	2,000 円	200 円	400 円	600 円	初回利用のみ 1 月につき 1 回

※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村にサービス・活動費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

（メモ）上記のうち、サービス内容に相違がないように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

◇ 事業費として不適切な事例への対応について

（1）次に掲げるように、事業費として適切な範囲を逸脱していると考えられるサービス提供を求められた場合は、サービス提供をお断りする場合があります。

① 「直接本人の援助」に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為、または家族が行うことが適当であると判断される行為

- ・ 利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
- ・ 主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- ・ 来客の応接（お茶、食事の手配等）
- ・ 自家用車の洗車・清掃 等

② 「日常生活の援助」に該当しない行為

生活支援員等が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為

- ・ 草むしり
- ・ 花木の水やり
- ・ 犬の散歩等ペットの世話 等

日常的に行われる家事の範囲を超える行為

- ・ 家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
- ・ 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
- ・ 室内外家屋の修理、ペンキ塗り
- ・ 植木の剪定等の園芸
- ・ 正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理 等

（2）事業費の範囲外のサービス利用をご希望される場合は、地域包括支援センター又は市町村に連絡した上で、ご希望内容に応じて、活動移動支援事業、特定非営利活動法人（NPO法人）などの住民参加型福祉サービス、ボランティアなどの活用のための助言を行います。

新規指定申請の手引き

- (3) 上記におけるサービスのご利用をなさらず、当事業所におけるサービスをご希望される場合は、別途契約に基づく介護保険外のサービスとして、利用者の全額自己負担によってサービスを提供することは可能です。なおその場合は、介護予防サービス計画の策定段階における利用者の同意が必要となることから、地域包括支援センターに連絡し、介護予防サービス計画の変更の援助を行います。

4 その他の費用について

サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の負担となります。
サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する掃除用具等	利用者の負担となります。

5 利用料、利用者負担額（サービス・活動事業を適用する場合）

その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（事業を適用する場合）の請求方法等	<p>ア 利用料、利用者負担額（サービス・活動事業を適用する場合）の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
② 利用料、利用者負担額（事業を適用する場合）の支払い方法等	<p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の〇日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)事業者指定口座への振り込み (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。</p>

- ※ 利用料利用者負担額（サービス・活動事業を適用する場合）の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から〇月以上遅延し、さらに支払いの督促から〇日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

(メモ) ②のAに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払方法を採用するようにしてください。

6 担当する生活支援員等の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する生活支援員等の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	相談担当者氏名	(氏名)
	連絡先電話番号	(電話番号)
	同ファックス番号	(ファックス番号)
	受付日及び受付時間	(受付曜日と時間帯)

- ※ 担当する生活支援員等の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

(メモ) 担当する生活支援員の変更に係る利用者の希望については、利用者の立場を配慮して、「変更の可能性の教示」という位置付けで、事業者が積極的に利用者に情報提供すべき事項として本項目を重要事項説明書に記載することになっています。ただし、事業所の人員体制などが制約条件となる可能性があるため、注釈部分（※印）を付記しています。

7 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者に係る地域包括支援センターが作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した「訪問型サービス個別計画」を作成します。なお、作成した「訪問型サービス個別計画」は、利用者又は家族にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (3) サービス提供は「訪問型サービス個別計画」に基づいて行います。なお、「訪問型サービス個別計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (4) 生活支援員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	(職・氏名を記載する)
-------------	-------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 介護相談員を受入れます。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業者は、利用者又はその家族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ドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
② 個人情報の保護について	<p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【家族等緊急連絡先】	<p>氏 名 続柄</p> <p>住 所</p> <p>電 話 番 号</p> <p>携 帯 電 話</p> <p>勤 務 先</p>
【主治医】	<p>医療機関名</p> <p>氏 名</p> <p>電 話 番 号</p>

(メモ) 緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する生活援助サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る地域包括支援センター（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する生活援助サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市町村（保険者）の窓口】 枚方市役所 健康福祉部健康づくり課	所在地 枚方市大垣内町2丁目1番20号 電話番号 072-841-1458（代表） ファックス番号 072-841-3039（代表） 受付時間 9：00～17：30(土日祝は休み)
【地域包括支援センター等の窓口】	事業所名 所在地 電話番号 担当者氏名

(メモ) 事故発生時の対応方法に掲げる市町村、地域包括支援センター等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	
	保 険 名	
	補償の概要	
自動車保険	保険会社名	
	保 険 名	
	補償の概要	

12 身分証携行義務

生活支援員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13 心身の状況の把握

生活援助サービスの提供にあたっては、地域包括支援センターが開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

14 地域包括支援センター等との連携

- (1) 生活援助サービスの提供にあたり、地域包括支援センター及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「訪問型サービス個別計画」の写しを、利用者の同意を得た上で地域包括支援センターに速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに地域包括支援センターに送付します。

15 サービス提供の記録

- (1) 生活援助サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- (2) 生活援助サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から 5 年間保存します。
- (3) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

16 衛生管理等

- (1) 生活支援員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

新規指定申請の手引き

17 生活援助サービス内容の見積もりについて

- このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) サービス提供責任者（訪問型サービス個別計画を作成する者）

氏 名 _____（連絡先： _____）

(2) 提供予定の生活援助サービスの内容と利用料、利用者負担額（サービス・活動事業を適用する場合）

曜日	訪問時間帯	サービス内容	事業 適用の有無	利用料 (月額)	利用者 負担額 (月額)
月	11:00～12:00	食事介助	○	〇〇〇円	〇〇円
火					
水					
木					
金					
土					
日					

(3) その他の費用

サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の負担となります。
サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する掃除用具等	利用者の負担となります。

(4) 1ヶ月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額（サービス・活動事業を適用する場合））の目安

お支払い額の目安	（目安金額の記載）
----------	-----------

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヶ月以内とします。

（メモ）サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途料金表の活用も可能です。

18 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ① 提供した生活援助サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- } 指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき
○ } 記載してください。
○ }

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所在地 電話番号 ファックス番号 受付時間
【市町村（保険者）の窓口】 枚方市役所 健康福祉部健康づくり課	所在地 枚方市大垣内町 2 丁目 1 - 2 0 電話番号 072-841-1458 (代表) ファックス番号 072-841-3039 (代表) 受付時間 9 : 00 ~ 17 : 30 (土日祝は休み)
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤 1 丁目 3 - 8 電話番号 06-6949-5418 受付時間 9:00 ~ 17:00 (土日祝は休み)

19 重要事項説明の年月日

重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
---------------	-------

上記内容について「枚方市生活援助訪問事業者の指定並びに生活援助訪問事業の人員、設備及び運営並びに指定生活援助訪問事業におけるサービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則（平成 29 年枚方市規則第 18 号）」第 9 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

新規指定申請の手引き

事業者	所在地	
	法人名	
	代表者名	印
	事業所名	
	説明者氏名	印

事業者から上記内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
代理人	住所	
	氏名	印

(メモ) この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が（署名）記名押印を行います。

サービス提供を行うに際しては、サービス・活動事業を利用する利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

利用者	住所	大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏名	枚方太郎 印

上記署名は、楠葉 花子（子）が代行しました。

利用申込（相談受付）票

受付 No.			相談方法	来所・電話・郵送・ファクシミリ・訪問	
ふりがな				生年月日 (年 月 日)	年 月 日 (歳)
氏 名					
保 険 者			居宅・介護予防 サービスの利用	初めて・過去に利用・現在も利用中	
住 所	〒 -			TEL: ()	FAX: ()
相談者氏名				利用者との関係	
相談者住所	〒 -			TEL: ()	FAX: ()
家 族 構 成 等	続柄	氏 名	年 齢	同 居 別 居	特記事項
申込（相談）内容の概要			居宅サービス計画の作成		
			<input type="checkbox"/> 未作成 <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 自己作成 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所作成 事業所名()		
			保険給付対象サービスとしての提供の拒否		
			<input type="checkbox"/> 同居家族へのサービス提供であるため <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならないサービス提供の申込みであるため <input type="checkbox"/> 正当な理由があるため ① 事業所の現員からは利用申込に応じきれない。 (状況:) ② 利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である。 ③ その他利用申込者に対し自ら適切な指定訪問介護を提供することが困難である。 (状況:)		
要介護（要支援）認定			サービス提供困難時の対応		
<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者への連絡 <input type="checkbox"/> 他の指定訪問介護事業者等の紹介 事業所名称		
認定審査会意見					
			訪問・アセスメント 予定日時	年 月 日 午前・午後 時	

【共通】

利用者状況記録

今回記録日：平成 年 月 日

前回記録日：平成 年 月 日

記録者職・氏名：

利用者氏名	男・女		生年月日	M.T.S 年 月 日		年齢	才
住 所	〒						
	電話番号 - -						
公費負担	公費負担者番号					適用開始	年 月 日
医 療	公費受給者番号					有効期限	年 月 日
	被保険者番号					要介護度	要支援 ()・要介護 ()
	要介護等認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日					
	認定審査会意見						
介護保険	他サービス利用状況	訪問系サービス		通所系サービス		その他サービス	
		訪問入浴介護	週 回	通所事業	週 回	福祉用具貸与	(品目)
		訪問看護	週 回	通所リハビリテーション	週 回	特定福祉用具販売	
		訪問リハビリテーション	週 回				
		居宅療養管理指導	週 回				
	短期入所利用日数	日/月当たり・年当たり					
	身体障害者手帳交付の有無等	有 ・ 無 (有の場合手帳の種類)					
	障害福祉サービス(居宅介護・重度訪問介護等)受給の有無等	有 ・ 無 (有の場合(障害程度区分 支給決定時間数 居宅介護 時間・重度訪問介護 時間))					
民生委員	氏 名	住 所		電話番号 - -			
		電話番号					
緊急時の連絡先	家 族	氏名	〒		電話番号 - -		
	主治医	医療機関名称	電話番号 - -				
		医師氏名					
家族構成図(介護者の状況等)			住居の状況：一戸建て(平屋・〇階建・中・高層アパート・マンション)(間取り等の略図)				
※ 親子、配偶関係を階層的に記するなど、分かりやすい表記となるよう工夫することが望ましい。							
主たる介護者(同居家族(有・無))							
生活歴・職業歴・婚姻歴等			屋内外の移動等に際して、留意すべき事項				
※ 必ずしも、聴き取らなければならない情報ではないが、サービス提供を行う上での禁忌(タブー)の把握を行うといった点で有用であると考え。							

【生活援助訪問事業】

新規指定申請の手引き

既往症			
疾患名（	）	発症時期（	年 月 日）
疾患名（	）	発症時期（	年 月 日）
疾患名（	）	発症時期（	年 月 日）
疾患名（	）	発症時期（	年 月 日）
通院の状況（上記において治療中である場合）			
医療機関名（	）	主治医氏名（	）
医療機関名（	）	主治医氏名（	）
医療機関名（	）	主治医氏名（	）
医療機関名（	）	主治医氏名（	）
認知症老人の日常生活自立度			
・判定日： 年 月 日	判定結果：	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
・判定日： 年 月 日	判定結果：	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
・判定日： 年 月 日	判定結果：	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
・判定日： 年 月 日	判定結果：	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
障害老人の日常生活自立度			
・判定日： 年 月 日	判定結果：	J ・ A ・ B ・ C	
・判定日： 年 月 日	判定結果：	J ・ A ・ B ・ C	
・判定日： 年 月 日	判定結果：	J ・ A ・ B ・ C	
・判定日： 年 月 日	判定結果：	J ・ A ・ B ・ C	
ご家族の習慣的・個別的な介護方法			

A D L の 状 況		援助の必要性
歩 行		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
食 事		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
排 泄		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
入 浴		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
整 容		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
意思疎通		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
その他		(有・無) 見守り・一部介助・全介助

【生活援助訪問事業】

サービス担当者会議の概要			
(初 回)	開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()	会議内容及び結論等：	}
(回)	開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()	会議内容及び結論等：	}
(回)	開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()	会議内容及び結論等：	}
(回)	開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()	会議内容及び結論等：	}
(回)	開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()	会議内容及び結論等：	}
(回)	開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()	会議内容及び結論等：	}
(回)	開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()	会議内容及び結論等：	}
(回)	開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()	会議内容及び結論等：	}
(回)	開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()	会議内容及び結論等：	}

記載欄が不足する場合は、別業とするなど工夫してください。

【生活援助訪問事業】

新規指定申請の手引き

地域包括支援センター名称（事業者番号）		担当者氏名		Tel		—		—		
()										
希望するサービス内容及び利用者及び家族の意向・希望						希望曜日・時間				
						月	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇			
						火	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇			
						水	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇			
						木	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇			
						金	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇			
						土	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇			
						日	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇			
◎ サービス提供を行う上で留意すべき事項等 ※ サービス提供を行う場合は、その理由を併記すること <input type="checkbox"/> 利用者が単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族等が障害、疾病等により、家事を行うことが困難 <input type="checkbox"/> その他 ()										
重要事項説明・契約締結等										
重要事項説明日	区分	説明事項・内容等	契約締結日	区分	契約締結・変更等					
年 月 日	新規	サービス開始前	年 月 日	新規	サービス開始時					
年 月 日	変更	〇〇〇の変更による。	年 月 日	変更						
年 月 日	変更	◎◎◎の変更による。	年 月 日	変更						
年 月 日	変更	△△△変更による。	年 月 日	変更						
年 月 日	変更	▲▲▲の変更による。	年 月 日	変更						
年 月 日	変更	〇〇〇の変更による。	年 月 日	変更						
			年 月 日	終了	契約の終了					

他事業所利用状況				
サービス種別	事業所名称	利用頻度		
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度
		週当たり	回	時間程度

【生活援助訪問事業】

訪問型サービス個別計画書

計画作成者（サービス担当責任者）氏名				作成年月日		今回 前回	年 年	月 月	日 日
利用者 氏 名			性 別	男・女	住所	(電話番号 — —)			
生年月日	年	月	日 (才)	要介護 認定日	年	月	日	要介護度 等	要介護1・2・3・4・5 要支援1・2
主たる介護者	(続柄：)			連絡先	住 所： 電話番号：				
地域包括支援センター (事業者番号)	()			担当者氏名					

【日常生活全般の状況】

--

【目標】

※介護予防サービス・支援計画表の内容を転記

1日の目標	
か月後の目標	
一年後の目標	

【本人及び家族の意向・希望】

--

【本人及びご家族様へのお願い】

--

新規指定申請の手引き

【具体的援助内容】

サービス区分	サービス内容	所要時間	留意事項
サービス1			
サービス提供曜日		サービス提供時間	時 分～ 時 分(合計 分)
サービス区分	サービス内容	所要時間	留意事項
サービス2			
サービス提供曜日		サービス提供時間	時 分～ 時 分(合計 分)
サービス区分	サービス内容	所要時間	留意事項
サービス3			
サービス提供曜日		サービス提供時間	時 分～ 時 分(合計 分)

新規指定申請の手引き

【週間予定表】

曜日 時間	時間	月	火	水	木	金	土	日
〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇	分							
〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇	分							
〇〇:〇〇 ~ 〇〇:〇〇	分							

【サービス提供に関する評価】

(目標達成度)	評価を行った日 年 月 日
(利用者満足度)	評価を行った日 年 月 日
(計画見直の必要性)	評価を行った日 年 月 日

上記の訪問型個別サービス計画に基づきサービス提供を行います。

説明日	年 月 日	説明者	職・氏名
-----	-------	-----	------

事業所名称：
 事業者番号：
 連絡先：() —

利用者同意署名欄	
----------	--

生活支援サービス実施状況報告書

年 月 分		事業所名			
		事業所番号			
氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日	才
要支援度	要支援 1 ・ 要支援 2	住 所			
サービス提供責任者		サービス提供区分		週 1 回程度 ・ 週 2 回程度 ・ 週 2 回を超える	

サービス提供の実施状況

年 月 日	援 助 内 容	提供時間帯	所要時間	心 身 の 状 況
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		

新規指定申請の手引き

サービス提供の実施状況

年 月 日	内 容	提供時間帯	所要時間	心 身 の 状 況
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
		～		

モニタリング結果報告書（生活援助訪問事業）

利用者氏名	男・女	生年月日	事業所名：		住所	電話番号
		要支援度 要支援1・要支援2	年 月 日	事業者番号		
計画作成者職・氏名	サービス担当者	作成年月日 (変更年月日)	平成 年 月 日 (平成 年 月 日)	サービス 提供区分	週1回程度・週2回程度・週2回を超える	

1 モニタリング結果

評価実施日	①サービスの実施状況	②利用者及び家族の満足度	③利用者の生活の状況及び心身の状況の変化等	④サービス提供量の変更の必要性等
年 月 日	1 計画の通り実施することができた。 2 ほぼ計画の通り実施することができた。 3 計画の通り実施することができなかった。 ※ 当該番号を選択した理由等	1 満足 2 不満足 ※ 当該番号を選択した理由等	1 変化なし 2 変化あり ※ 1、2ともその状況等	1 必要なし 2 必要あり ※ 当該番号を選択した理由等

- ① 利用者に係る訪問型サービス個別計画の内容どおり、サービス提供を実施できたかどうかにより、記載してください。
- ② 現に利用しているサービスについて、利用者及び家族が満足しているかどうかにより、記載してください。
- ③ 利用者の生活状況や心身の状況に変化がないかどうかにより、記載してください。
- ④ 訪問型サービス個別計画の変更が必要となるような新たな課題が生じていないか、提供したサービスの内容について、③の内容に照らして適切であるかどうか等により判断した結果を記載してください。

新規指定申請の手引き

介護保険事業者事故報告書

平成 年 月 日

枚方市長 様

法人名

事業所名

所在地

電話番号

管理者氏名

サービスの種類					
利用者 (対象者)	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏 名		生 年 月 日	明治 大正 年 月 日 昭和	
	住 所	(住所地特例適用者については、前住所についても記入のこと)		電 話 番 号	
	被保険者番号		要介護度等	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		
事故の概要	発生年月日時	平成 年 月 日 () 時 分頃			
	発生場所				
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 介護ミス <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所等の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	事故の内容 [発見時の状況経緯を記載]				

事故時の 対 応	対処の方法				
	治 療 等 を 行 っ た 医療機関名	医療機関名			
		所 在 地			
	治療等の 内 容	(診断結果も含めて)			
事故後の 対 応	利 用 者 の 状 態	(状態、病状、入院等の有無など)			
	家族等への 報告・説明	家族等の氏名		続柄	
		住 所		報告日時	
		対応状況			
		家族等の 理 解			
	損害賠償に 関する状況				
再発防止に 向けての 今後の対応					
その他の 特記事項					

苦情(相談)対応記録

受付日	平成 年 月 日 () 時 分		記入者 (担当者)										
利用者	(フリガナ) 氏 名		被保険者 番 号										
申立人	(フリガナ) 氏 名		利用者との 関 係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> その他()									
	住 所			電話番号	— —								
区分	<input type="checkbox"/> サービス内容に関する事項 <input type="checkbox"/> 利用料・保険給付に関する事項 <input type="checkbox"/> 施設・設備等に関する事項 <input type="checkbox"/> 制度等に関する事項 <input type="checkbox"/> 要介護認定に関する事項 <input type="checkbox"/> その他()												
苦情等の 内容													
申立人の 要望													
事実確認の 状況													
対応 状況													

新規指定申請の手引き

第 三 者 委 員 ・ 関 係 機 関 等	第 三 者 委 員	第 三 者 委 員 へ の 報 告		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否（理由： ）		
		話し合いへの第三者委員の立会等		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否（理由： ）		
	市町村への報告	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	市町村名		担当課・担当者名	
	国保連への申立	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			担当課・担当者名	
	大阪府ほか関係機関等への申立	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	申 立 先		担当課・担当者名	
	関係機関等との対応状況					
そ の 後 の 経 過	その後の経過					
	申立人への報告	年 月 日 () 時 分	方法等			
	顧 末 (結 果)					
再 発 防 止 の た め の 取 組 み	苦情等が発生した要因分析	原因	<input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度・対応 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> サービス量 <input type="checkbox"/> 管理体制 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他()			
		具体的要因				
	再発防止のための改善策					
	改善策の実践状況					
(備 考)						

事故・ひやりはっと 報告書

(いずれかに○をすること)

		記入者				記入年月日		年 月 日 ()	
事業所名					サービス種別				
利 用 者	(フリガナ)			年齢		被保険者番号			
	氏 名								
	住 所					電 話 番 号	— —		
保 険 者	利用者の属する保険者名 (担当課・担当者名)					報告年月日	平成 年 月 日 ()		
	事業所所在地の保険者名 (担当課・担当者名)					報告年月日	平成 年 月 日 ()		
事 故 等 の 概 要	日 時	平成 年 月 日 ()		時 分	(状況図)				
	発 生 場 所								
	事故等の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()							
	対応窓口 (担当者)								
	事故等の内容 (具体的に)								
発 見 時 の 状 況	第 一 発 見 者								
	発見時の状況	【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> リハ中 <input type="checkbox"/> レク中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他()】							
事 故 時 の 対 応	応 急 処 置 の 概 要 (対応者・時間 等を明確に)								
	治療等を行っ た医療機関等			診断結果					
	治 療 ・ 処 置 内 容								
	連絡した居宅 介護支援事業 者・関係機関		連絡日時	月 日 ()		時 分			
対 応	家 族 等 へ の 説 明 状 況								
	損 害 賠 償 の 発 生 状 況								

その後の経過	その後の経過	
	顛末（結果）	
再発・未然防止のための取り組み	事故等が発生した要因分析	
	再発（未然）防止のための改善策	
	改善策の実践状況	
（備考）		