

### 第3章 申請書類の作成方法

#### 1 申請に必要な書類

- 事業者指定の申請をするためには、次の書類が必要です。

| 書類の種類 | 様式       | 備考                |
|-------|----------|-------------------|
| 指定申請書 | 別記第1号様式  | 指定申請書の記載方法（P49）参照 |
| 付表    | 付表1～付表12 | 付表の記載方法（P49）参照    |
| 別添    | 別添1～別添12 | 別添の記載方法（P49）参照    |
| 添付書類  | 参考様式ほか   | 添付書類作成の手引き（P50）参照 |

- なお、自力避難困難な方が多く利用されている施設等においては、利用者の安全を確保するために、火災や地震、風水害のほか、地域の特性等を考慮した自然災害に係る対策を含む非常災害対策計画の策定と定期的な避難等訓練の実施が必要です。

道では、指定介護保険事業者が非常災害に関する具体的計画を策定しなければならないこと等を基準条例で規定しています。

これにより、平成30年1月1日以降指定申請分から、訪問系・相談系を除く施設や事業所については、上記非常災害対策計画書を申請書類に添付していただくこととしました。

詳しくは、北海道保健福祉部高齢者支援局高齢者保健福祉課のホームページをご覧ください。

【URL：<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/sus/shitei/hijousaigaitaisakukeikakusakutei.html>】

※ 平成29年4月以降事業開始分から提出いただいていた「施設・事業所（訪問系・相談系を除く）所在立地確認書」は、平成29年12月末付で廃止します。

#### 2 編纂方法等

- (1) 「指定申請書」、「付表」、「別添」及び「添付書類」は、一括してフラットファイルに綴ってください。

|            |              |
|------------|--------------|
| フラットファイル規格 | A4版（A4-S） 2穴 |
|------------|--------------|

- (2) 編纂の順番

「指定申請書」、「付表」、「別添」、「添付書類」の順に綴ってください。

同一敷地内において行う複数の事業を一括して申請する場合は、1の事業に係る「付表」、「事業者チェック表」、「添付書類」を綴った後に、2の事業に係る「付表」、「別添」、「添付書類」を綴ってください。

【例：同一敷地内で訪問介護と通所介護を実施することについての申請】

|         |   |             |
|---------|---|-------------|
| ① 指定申請書 | → | 訪問介護、通所介護共通 |
| ② 付表    | } | → 訪問介護に係るもの |
| ③ 別添    |   |             |
| ④ 添付書類  |   |             |
| ⑤ 付表    | } | → 通所介護に係るもの |
| ⑥ 別添    |   |             |
| ⑦ 添付書類  |   |             |

- (3) 添付書類の編纂

「添付書類」は、「別添」の添付書類番号順に並べ、書類と書類の間には、添付書類番号を記入したインデックスを付けた界紙を入れてください。

#### 3 提出部数

- 1部提出してください。（申請者保管用として、副本を作成の上保管してください。）

#### 4 指定申請書の記載方法

- 作成に当たっては、本欄記載事項及び記載例（P 5 3）を参照してください。
- 指定申請書は、各サービス共通です。
- 「法人等の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」等の別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等コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関等コード」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。

#### 5 付表の記載方法

- 作成に当たっては、本欄記載事項、記載例（P 5 5）及び各付表の備考を参照してください。
- 事業所名称は、正式名称を記載してください。
- 事業所所在地は、ビル等の名称まで正確に記入してください。

#### 6 別添の記載方法

- P 5 6 の「添付書類一覧表」を参照の上、各サービス種別ごとに定められた必要な書類の右欄に「○」を記入してください。
- 複数の事業について申請を行う場合は、事業ごとに別葉で作成してください。

#### 【参考】 定款への事業名の記載例について

| サービス名  | 定款への記載              |
|--|---------------------|
| 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売                               | 介護保険法に基づく居宅サービス事業   |
| 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院  | 介護保険法に基づく施設サービス事業   |
| 介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売 | 介護保険法に基づく介護予防サービス事業 |

7 添付書類作成の手引き

- P 5 6 の添付書類一覧表で申請する事業の必要書類を確認してください。
- 各書類の作成に当たっては、次表の事項に留意してください。

| 添付書類番号 | 書類区分                                       | 形態                  | 提出書類・作成上の留意事項   |
|--------|--|---------------------|---|
| 1      | 申請者の登記簿謄本又は条例等                             | 写し又は原本              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○社会福祉法人、株式会社等の場合<br/>登記事項証明書</li> <li>○財団法人の場合<br/>登記事項証明書</li> <li>○市町村の場合<br/>条例に係る市町村公報などの事業実施を証明する書類の写し</li> <li>○登記事項証明書については、原本を添付。</li> <li>○なお、同時に複数の事業所の指定申請をする場合は、複写したものに、「原本は〇〇事業所の指定申請書に添付（××総合振興局（振興局）××部××課へ提出）」と記載し、原本謄写することでも差し支えありません。</li> </ul> |
| 2      | 病院、診療所、薬局、特別養護老人ホーム、老人保健施設及び介護医療院の使用許可等の写し | 写し                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○病院又は収容施設を有する診療所の場合<br/>医療法第27条に規定する構造設備についての北海道知事の使用許可証の写し</li> <li>○その他の診療所の場合<br/>医療法第8条に規定する開設届出書の写し</li> <li>○薬局の場合<br/>薬事法第4条に規定する開設許可証の写し</li> </ul>  |
| 3      | 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表                          | 参考様式1               | <ul style="list-style-type: none"> <li>○事業開始予定月から4週分の予定について記載してください。</li> <li>○管理者及び従業員全員について、毎日の勤務時間数を記載してください。</li> <li>○2以上の職種を兼務する従業員については、それぞれの時間を按分して記載してください。</li> <li>○その他の注意事項については、参考様式1の備考及び記載例を参照してください。</li> </ul>   |
| 4      | 訪問看護ステーション管理者の免許証の写し                       | 写し                  | ○看護師又は保健師の免許証の写し。   |
| 5      | 計画作成担当者の経歴                                 | 参考様式2               | ○参考様式2の備考及び記載例（P57）を参照してください。   |
| 6      | サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴                        | 参考様式2               | ○参考様式2の備考及び記載例（P57）を参照してください。   |
| 7      | 経験看護師等の経歴                                  | 参考様式2               | ○参考様式2の備考及び記載例（P57）を参照してください。   |
| 8      | 精神保健福祉士に準ずるものの経歴                           | 参考様式2               | ○参考様式2の備考及び記載例（P57）を参照してください。   |
| 9      | 事業所の平面図                                    | 参考様式3又は既存図面等を基に自己作成 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○参考様式を使用する場合<br/>参考様式3の備考及び記載例（P58）を参照してください。</li> <li>○自己作成する場合<br/>規格：A4又はA3（A3の場合は折り畳んで編纂してください。）<br/>用途及び面積を明示してください。</li> <li>○事業所の外観（入り口等が利用者にとってわかりやすいか）及び内部（食堂及び機能訓練室・相談室・浴室・静養室等）の広さや様子の分かるような写真（A4の台紙に貼り付けたもの）を添付してください。</li> </ul>                      |
| 10     | 居室面積等一覧表                                   | 参考様式4               | ○参考様式4の備考及び記載例（P59）を参照してください。   |

|     |                                      |              |   |
|-----|--------------------------------------|--------------|---|
| 1 1 | 設備・備品等一覧表                            | 参考様式 5       | ○参考様式 5 の備考及び記載例（P 6 0）を参照してください。<br>○消耗品については記載不要です。   |
| 1 2 | 運営規程                                 | 自己作成         | ○P 6 1～6 3 の「運営規程における規定事項一覧」で必要事項を確認のうえ、具体的にわかりやすく策定してください。<br>○指定訪問介護事業所の運営規程の作成例を P 6 4～6 6 に掲載していますので、参考にしてください。   |
| 1 3 | 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       | ○次の事項について、具体的に分かりやすく記載してください。<br>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）<br>②円滑迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順<br>③その他参考事項<br>○上記以外の注意事項については、参考様式 6 の備考及び記載例（P 6 7）を参照してください。   |
| 1 4 | サービス提供実施単位一覧表                        | 参考様式 7       | ○参考様式 7 の備考及び記載例（P 6 8）を参照してください。   |
| 1 5 | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容              | 写し           | ○利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合に連絡を行う協力医療機関と、あらかじめ取り交わした契約書の写し<br>○特定施設入居者生活介護の場合で、協力歯科医療機関がある場合は、当該協力歯科医療機関との契約書の写し  |
| 1 6 | 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容    | 自己作成         | ○ 次の事項について、具体的に記載してください。<br>①関係市町村との連携内容<br>・サービス提供前の受給資格の確認等<br>・居宅サービス計画の作成等<br>・利用者に関する通知<br>・事故発生時の対応等<br>②他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携内容<br>・サービス提供困難時の対応<br>・指定居宅サービス事業者との連携<br>・介護保険施設との連携<br>・事故発生時の対応等<br>③その他参考事項  |
| 1 7 | 福祉用具の保管及び消毒の方法（他に委託する場合はその状況）        | 既存図面等を基に自己作成 | ○保管及び消毒方法の実態を具体的に記載した書類、保管場所の図面及び写真<br>○保管、消毒を委託する場合は、次の事項を取り決めた委託契約書の写し<br>・委託等の範囲<br>・委託等に係る業務の実施に当たり遵守すべき条件<br>・受託者等の従業者により当該委託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<br>・指定事業者が当該委託業務に関し受託者に対し文書による指示を行いうる旨<br>・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確認する旨<br>・受託者等が実施した当該委託業務により利用者に健康又は財産上の損害を与えた場合における措置の方法及び損害の賠償等の責任の所在<br>・その他当該委託業務の適切な実施を確保するために必要な事項 |
| 1 8 | 受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称等並びに当該事業者の名称等 | 参考様式 8       | ○参考様式 8 の備考を参照してください。   |

|    |                      |                          |   |
|----|----------------------|--------------------------|---|
| 19 | 誓約書                  | 参考様式9                    | <p>○法第70条第2項（法第115条の2第2項）又は法第79条の2第2項の各号に該当していないか確認し、申請者が誓約します。</p> <p>○役員等も上記事項に該当しないか確認が必要となります。</p>  |
| 20 | 資格を証明する書類            | 写し                       | <p>○従業員の資格を確認する資料として必要となりますので、国家資格証等の資格を証明する書類の写しを添付してください。</p> <p>○添付書類番号3の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した従業員の氏名順にそろえて添付してください。</p>   |
| 21 | 雇用契約書（雇用確約証明書）       | 写し又は参考様式11-1<br>参考様式11-2 | <p>○付表に記載した従業員の雇用を確認する資料として必要です。</p> <p>○雇用契約書がある場合<br/>その写しを添付してください。</p> <p>○採用前で雇用契約書がない場合<br/>参考様式11-1の備考及び記載例（P69）を参照してください。後日、雇用契約書又は参考様式11-2を提出してください。</p> <p>○採用後で雇用契約書がない場合<br/>参考様式11-2の備考を参照してください。</p> <p>○添付書類番号3の「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した従業員の氏名順にそろえて添付してください。</p>              |
| 22 | 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧表 | 参考様式10                   | ○参考様式10の備考を参照してください。  |
| 23 | 市町村意見書（訪問介護）         | 参考様式12                   | <p>○「通院等のための乗車又は降車の介助」を行う訪問介護事業所の場合に添付が必要です。</p> <p>○申請する指定訪問介護事業所の所在地の市町村に事業内容等を説明の上、当該市町村に「市町村意見書」の交付を受け、添付してください。</p>  |
| 24 | 建築基準法・消防法の検査済証等      | 写し                       | <p>○建築基準法の検査済証等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・建築物</li> <li>・昇降機（エレベーター）</li> </ul> <p>○消防法の消防用設備等検査済証等</p>  |
| 25 | 非常災害対策計画             | 自己作成                     | <p>○対象サービスはP56を参照してください。</p> <p>○高齢者保健福祉課ホームページに詳細が掲載されていますので、その内容を十分踏まえた上で策定してください。</p> <p><a href="https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/sus/shitei/hijousaigaitaisakukeikakusakutei.html">https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/sus/shitei/hijousaigaitaisakukeikakusakutei.html</a></p> |
| 26 | その他                  | 写し                       | ○損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる書類（利用者に対する損害賠償責任保険証書の写しなど）   |

別記第1号様式(第2条関係)

指定居宅サービス事業所  
 指定介護予防サービス事業所  
 介護保険施設

指定(許可)申請書(記載例)

年 月 日

北海道知事 様

所在地 札幌市中央区北3条西6丁目

申請者 名称 株式会社北海ホームヘルプサービス

代表者職名・氏名 代表取締役 北海太郎

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

|   |  |   |                          |                           |                        |      |
|---|--|---|--------------------------|---------------------------|------------------------|------|
| フリガナ  | カブシキカイシャ ホッカイホームヘルプサービス                                    |   |                          |                           |                        |      |
| 名称  | 株式会社 北海ホームヘルプサービス  |   |                          |                           |                        |      |
| 主たる事務所の所在地  | (郵便番号 123 - 4567 )<br>北海道 札幌市中央 市(区) 北3条西6丁目道庁赤レンガビル6F     |   |                          |                           |                        |      |
| 連絡先   | 電話番号   | 011-123-4567 (内線) 12-345                        | FAX番号                    | 011-123-4567              |                        |      |
|   | Email  | 00@00.00  |                          |                           |                        |      |
| 法人等の種類  | 株式会社   |   |                          |                           |                        |      |
| 代表者の職名・氏名・生年月日  | 職名   | 代表取締役   | フリガナ                     | ホッカイ タロウ                  | 生年月日                   |      |
|   |  |   | 氏名                       | 北海太郎                      | 1941年4月1日              |      |
| 代表者の住所  | (郵便番号 123 - 4567 )<br>北海道 札幌市中央 市(区) 北3条西7丁目 道庁別館ハイツB401号室 |   |                          |                           |                        |      |
| 法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に <input checked="" type="checkbox"/> |  |   | <input type="checkbox"/> |                           |                        |      |
| 指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類                                      | 同一所在地において行う事業等の種類  | 共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/> | 指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)    | 既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○) | 指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日 | 様式   |
|   | 訪問介護   | <input type="checkbox"/>                        | ○                        |                           | 令和〇年〇月〇日               | 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   | <input type="checkbox"/>                        |                          |                           |                        | 付表6  |
|   | 通所リハビリテーション  |   |                          |                           |                        | 付表7  |
|   | 短期入所生活介護   | <input type="checkbox"/>                        |                          |                           |                        | 付表8  |
|   | 短期入所療養介護   |   |                          |                           |                        | 付表9  |
|   | 特定施設入居者生活介護  |   |                          |                           |                        | 付表10 |
|   | 福祉用具貸与   |   |                          |                           |                        | 付表11 |
|   | 特定福祉用具販売   |   |                          |                           |                        | 付表12 |
|   | 介護老人福祉施設   |   |                          |                           |                        | 付表13 |
|   | 介護老人保健施設   |   |                          |                           |                        | 付表14 |
|   | 介護医療院  |   |                          |                           |                        | 付表15 |
|   | 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  | <input type="checkbox"/>                                   |   |                          |                           | 付表8                    |      |
| 介護予防短期入所療養介護  |  |   |                          |                           | 付表9                    |      |
| 介護予防特定施設入居者生活介護   |  |   |                          |                           | 付表10                   |      |
| 介護予防福祉用具貸与  |  |   |                          |                           | 付表11                   |      |
| 特定介護予防福祉用具販売  |  |   |                          |                           | 付表12                   |      |
| 介護保険事業所番号   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 (既に指定又は許可を受けている場合)                     |   |                          |                           |                        |      |
| 医療機関コード等  | (保険医療機関として指定を受けている場合)                                      |   |                          |                           |                        |      |

\* 裏面に記載に関しての備考があります。

備考

- 1 「指定(許可)申請対象事業等」「既に指定(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。
- 2 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。
- 3 既に居宅サービス事業所または介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業者が、他方の居宅サービス事業所又は介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。

付表 1 訪問介護事業所の指定に係る記載事項 (記載例)

|                    |                                  |   |  |                              |  |
|--------------------|----------------------------------|---|--|------------------------------|--|
| 事業所                | フリガナ                             | ホッカイホームヘルプサービス  |  |                              |  |
|                    | 名称                               | 北海ホームヘルプサービス  |  |                              |  |
|                    | 所在地                              | (郵便番号 123 - 4567 )<br>北海道 札幌市中央 市 区 北3条西6丁目<br>府 県 町 村 道庁赤レンガビル6F |  |                              |  |
|                    | 連絡先                              | 電話番号  | 011-123-4567 (内線) 12-345   | FAX番号 011-123-4567           |  |
|                    | Email                            | 〇〇@〇〇.〇〇  |  |                              |  |
| 管理者                | フリガナ                             | ホッカイ タロウ  | 住所   | (郵便番号 123 - 4567 )           |  |
|                    | 氏名                               | 北海 太郎   |  | 札幌市中央区北3条西7丁目                |  |
|                    | 生年月日                             | 1941年4月1日   |  | 道庁別館ハイツB401号室                |  |
|                    | 訪問介護員等との兼務の有無                    |   | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                              |  |
|                    | 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入) | 名称  | 北海デイサービス   |                              |  |
|                    |                                  | 兼務する職種及び勤務時間等   | 管理者  |                              |  |
| 共生型サービスの該当有無       |                                  | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無  |  |                              |  |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 |                                  |   |  |                              |  |
| 従業者の職種・員数          |                                  | 訪問介護員等  |  |                              |  |
|                    |                                  | 専従  | 兼務   |                              |  |
|                    |                                  | 常勤(人)   | 3  | 2                            |  |
|                    |                                  | 非常勤(人)  | 8  | -                            |  |
| 常勤換算後の人数(人)        |                                  | 8   |  |                              |  |
| 利用者の推定数(人)         |                                  | 20  |  |                              |  |
| サービス提供責任者          | フリガナ                             | ホッカイ ハナコ  | 住所   | (郵便番号 765 - 4321 )           |  |
|                    | 氏名                               | 北海 花子   |  | 札幌市中央区大通西7丁目道庁7丁目別館ハイツD505号室 |  |
|                    | フリガナ                             |   | 住所   | (郵便番号 - )                    |  |
|                    | 氏名                               |   |  |                              |  |
| 添付書類               | 別添のとおり                           |   |  |                              |  |

(訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

|     |       |                                 |      |       |
|-----|-------|---------------------------------|------|-------|
| 事業所 | フリガナ  |                                 |      |       |
|     | 名称    |                                 |      |       |
|     | 所在地   | (郵便番号 - )<br>都 道 市 区<br>府 県 町 村 |      |       |
|     | 連絡先   | 電話番号                            | (内線) | FAX番号 |
|     | Email |                                 |      |       |

- 備考 1 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様に記載した書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。



指定申請に必要な書類一覧(チェック用)

◎: 提出が必要な書類

○: 既に介護サービス事業所又は介護予防サービス事業所のうち、どちらか一方の指定を受けている事業者が、新たに介護予防サービス事業所又は介護サービス事業所の指定申請を行う場合、提出済みの取扱いとできる書類(みなし指定を除く)。

(例: 既に訪問入浴介護の指定を受けている事業所が、新たに介護予防訪問入浴介護事業所の指定申請を行う場合、既に提出している書類に変更が無い場合に提出を省略することが可能。)

| 添付書類番号 | 書類区分   | 訪問介護     | 訪問入浴介護(予防) | 訪問看護(予防)<br>注7 | 訪問リハビリテーション(予防) | 居宅療養管理指導(予防) | 通所介護 | 通所リハビリテーション(予防) | 短期入所生活介護(予防) | 短期入所療養介護(予防) | 特定施設入居者生活介護(予防) | 福祉用具貸与(予防) | 特定福祉用具販売(予防) | 参考様式の有無(ページ数)              |
|--------|--|----------|------------|----------------|-----------------|--------------|------|-----------------|--------------|--------------|-----------------|------------|--------------|----------------------------|
|        |  | みなし指定の対象 |            |                |                 |              |      |                 |              |              |                 |            |              |                            |
|        | 指定申請書  | ◎        | ◎          | ◎              | ◎               | ◎            | ◎    | ◎               | ◎            | ◎            | ◎               | ◎          | ◎            | 別記第1号様式(P72)               |
|        | 各サービス類型ごとの付表                                     | ◎        | ◎          | ◎              | ◎               | ◎            | ◎    | ◎               | ◎            | ◎            | ◎               | ◎          | ◎            |                            |
|        | 各サービス類型ごとの別添                                     | ◎        | ◎          | ◎              | ◎               | ◎            | ◎    | ◎               | ◎            | ◎            | ◎               | ◎          | ◎            |                            |
| 1      | 申請者の登記簿謄本又は条例等                                   | ○        | ○          | ○              | ○               | ○            | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               | ○          | ○            |                            |
| 2      | 病院、診療所、薬局、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホームの開設許可証等の写      |          |            | ○(注1)          | ○(注1・注3)        | ○(注1・注2)     |      | ○(注1・注3)        | ○(注4)        | ○(注1・注3)     |                 |            |              |                            |
| 3      | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表                                | ○        | ○          | ○              |                 |              | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               | ○          | ○            | 参考様式1(P114~)               |
| 4      | 訪問看護ステーション管理者の免許証の写                              |          |            | ○(注8)          |                 |              |      |                 |              |              |                 |            |              |                            |
| 5      | 計画作成担当者の経歴                                       |          |            |                |                 |              |      |                 |              |              | ○               |            |              | 参考様式2(P210)                |
| 6      | サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴                              | ○        |            |                |                 |              |      |                 |              |              |                 |            |              | 参考様式2(P210)                |
| 7      | 経験看護師等の経歴  |          |            |                |                 |              |      | ○(注6)           |              |              |                 |            |              | 参考様式2(P210)                |
| 8      | 精神保健福祉士に準ずる者の経歴                                  |          |            |                |                 |              |      |                 |              | ○            |                 |            |              | 参考様式2(P210)                |
| 9      | 平面図  | ○        | ○          | ○              | ○               | ○            | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               | ○          | ○            | 参考様式3(P211)                |
| 10     | 居室面積等一覧表   |          |            |                |                 |              |      |                 | ○            | ○            | ○               |            |              | 参考様式4(P212)                |
| 11     | 設備・備品等一覧表  |          | ○          |                |                 |              | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               | ○          | ○            | 参考様式5(P213)                |
| 12     | 運営規程   | ◎        | ◎          | ◎              | ◎               | ◎            | ◎    | ◎               | ◎            | ◎            | ◎               | ◎          | ◎            |                            |
| 13     | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要                         | ○        | ○          | ○              | ○               | ○            | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               | ○          | ○            | 参考様式6(P214)                |
| 14     | サービス提供実施単位一覧表                                    |          |            |                |                 |              | ○    | ○               |              |              |                 |            |              | 参考様式7(P215)                |
| 15     | 協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容                          |          | ○          |                |                 |              |      |                 | ○            |              | ○               |            |              |                            |
| 16     | 関係市町村並びに他の保健・医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容               |          |            |                |                 |              |      |                 |              |              |                 |            |              |                            |
| 17     | 福祉用具の保管及び消毒の方法(他に委託する場合はその状況)                    |          |            |                |                 |              |      |                 |              |              |                 | ○          |              |                            |
| 18     | 受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称等並びに当該事業者の名称等             |          |            |                |                 |              |      |                 |              |              | ○               |            |              | 参考様式8(P216)                |
| 19     | 誓約書  | ◎        | ◎          | ◎              | ◎               | ◎            | ◎    | ◎               | ◎            | ◎            | ◎               | ◎          | ◎            | 参考様式9(P217~)               |
| 20     | 資格を証明する書類  | ○        | ○          | ○              | ○               | ○            | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               | ○          | ○            |                            |
| 21     | 雇用契約書(雇用確約証明書)                                   | ○        | ○          | ○              | ○               | ○            | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               | ○          | ○            | 参考様式11-1(P221)又は11-2(P222) |
| 22     | 当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧表                             |          |            |                |                 |              |      |                 |              |              | ◎               |            |              | 参考様式10(P220)               |
| 23     | 市町村意見書(訪問介護)                                     | ○(注5)    |            |                |                 |              |      |                 |              |              |                 |            |              | 参考様式12(P223)               |
| 24     | 建築基準法・消防法の検査済証等                                  |          |            |                |                 |              | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               |            |              |                            |
| 25     | 非常災害対策計画   |          |            |                |                 |              | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               |            |              | 詳しくは高齢者保健福祉課ホームページをご覧ください。 |
| 26     | 損害賠償発生時に対応が可能であることが分かる書類(利用者に対する損害賠償責任保険証書の写しなど) | ○        | ○          | ○              | ○               | ○            | ○    | ○               | ○            | ○            | ○               | ○          | ○            |                            |

注1 病院・診療所において行う場合添付してください。この場合、訪問看護の4を添付する必要はありません。

注2 薬局において行う場合添付してください。

注3 老人保健施設または介護医療院において行う場合添付してください。

注4 特別養護老人ホームにおいて行う場合のみ添付してください。

注5 「通院等のための乗車又は降車の介助」を行う訪問介護事業所の場合のみ添付が必要です。

注6 診療所が行う場合のみ添付が必要です。

注7 訪問看護ステーションが申請する場合にあって、訪問看護事業の指定申請または変更届出の際、既に提出されている書類と内容が重複する場合は、表中の「○」の添付書類を省

注8 訪問看護ステーションの場合にのみ添付が必要です。

(参考様式2) ~<記 載 例>

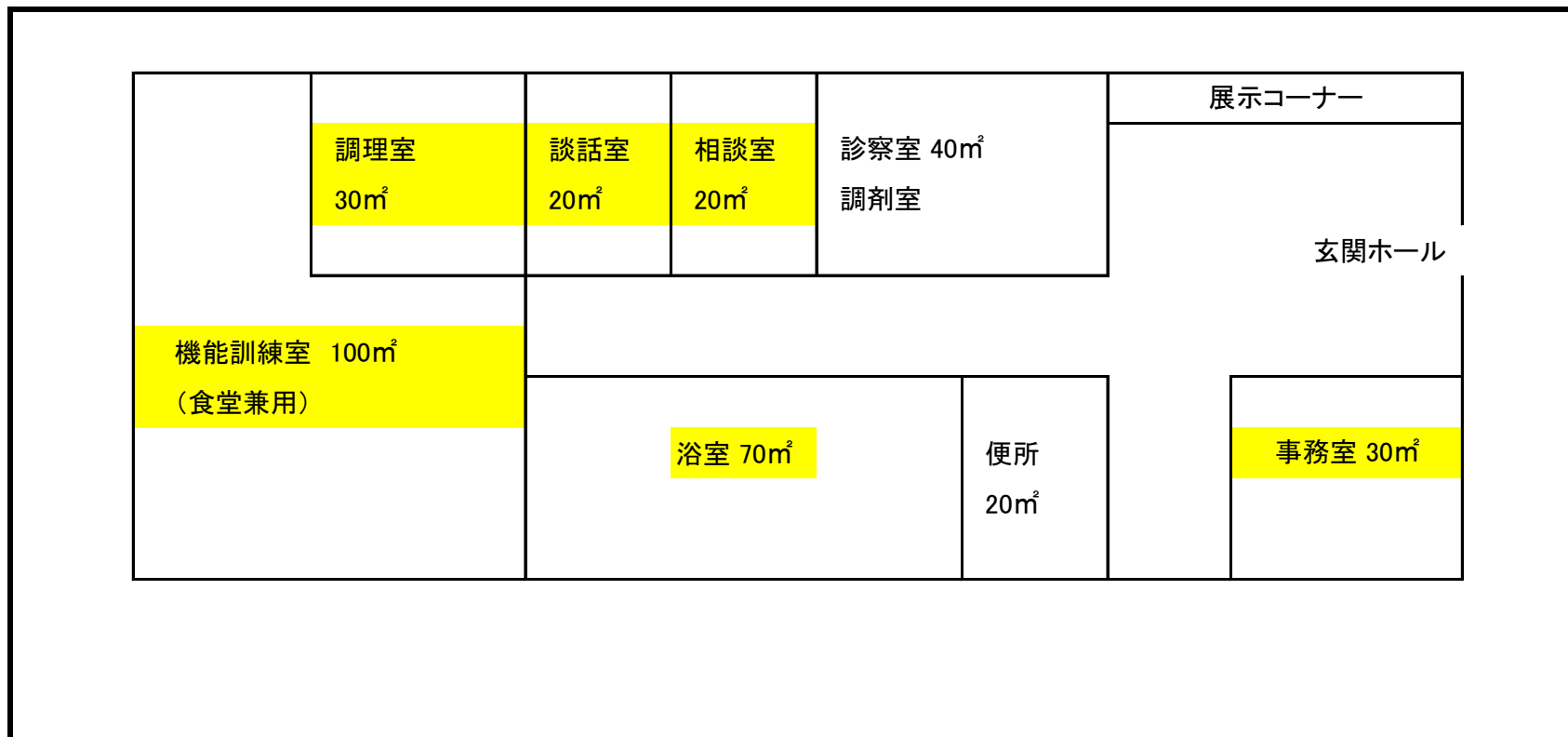
〇 〇 〇 〇 〇

|                   |                                     |                  |                      |
|-------------------|-------------------------------------|------------------|----------------------|
| 事業所又は施設の名称        |                                     | (株) 北海ホームヘルプサービス |                      |
| カナ                | ホッカイ タロウ                            |                  |                      |
| 氏名                | 北海 太郎                               |                  | 生年月日 昭和 16 年 4 月 1 日 |
| 住所                | (郵便番号 123 - 4567 )<br>札幌市中央区北3条西6丁目 |                  |                      |
| 電話番号              | 011-123-4567                        |                  |                      |
| 主 な 職 歴 等         |                                     |                  |                      |
| 年 月 ~ 年 月         | 勤 務 先 等                             |                  | 職 務 内 容              |
| 昭和38年4月 ~ 昭和59年3月 | ホッカイ福祉サービス協会                        |                  | 経理事務等                |
| 昭和59年4月~現在        | (株) ホッカイホームヘルプサービス                  |                  | マネジメント               |
|                   |                                     |                  |                      |
|                   |                                     |                  |                      |
|                   |                                     |                  |                      |
|                   |                                     |                  |                      |
|                   |                                     |                  |                      |
| 職務に関連する資格         |                                     |                  |                      |
| 資格の種類             |                                     | 資格取得年月           |                      |
| 社会福祉主事            |                                     | 昭和38年3月          |                      |
| 備考 (研修等の受講の状況等)   |                                     |                  |                      |

- 備考1 「〇〇〇」には、「計画作成担当者経歴書」、「サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴」、「経験看護師等経歴書」又は「精神保健福祉士に準ずる者の経歴書」と記入してください。
- 2 「サービス提供責任者の氏名、住所及び経歴」の場合において、次に掲げる資格要件のいずれかを満たしている時は、「主な職歴等」欄の記載を省略することができます。
- ①介護福祉士、②介護職員基礎研修修了者、③訪問看護師養成研修1級課程修了者、④看護師及び准看護師
- 3 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(参考様式3)  
 平面図

|           |  |
|-----------|--|
| 事業所・施設の名称 |  |
|-----------|--|



- 備考 1 必ずしも本様式によらず、各室の用途及び面積の分かるものであれば、既存の平面図等をもって提出書類として差し支えありません。
- 2 各室の用途及び面積を記載してください。
- 3 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式4)～記載例  
居室面積一覧表

サービス種類 ( 短期入所生活介護 )  
事業所・施設名 ( 社会福祉法人 OO会 ××ホーム )

| 設置階<br>部屋の種類 | ( 1 )階    |            |    | ( 2 )階 |            |    | ( )階 |     |    | 合計 |       |
|--------------|-----------|------------|----|--------|------------|----|------|-----|----|----|-------|
|              | 室数        | 面積         | 備考 | 室数     | 面積         | 備考 | 室数   | 面積  | 備考 | 室数 | 面積    |
| (居室・療養室)     | 1室の<br>定員 | ( )        |    |        | ( )        |    |      | ( ) |    |    |       |
| 居室           | 2         | 24.0(12.0) |    | 6      | 36.0(18.0) |    |      | ( ) |    | 8  | 264.0 |
|              | 1         | ( )        |    | 4      | 18.0(18.0) |    |      | ( ) |    | 4  | 72.0  |
|              |           | ( )        |    |        | ( )        |    |      | ( ) |    |    |       |
|              |           | ( )        |    |        | ( )        |    |      | ( ) |    |    |       |
|              |           | ( )        |    |        | ( )        |    |      | ( ) |    |    |       |

|                                 |  |   |           |  |   |         |  |  |     |  |  |
|---------------------------------|--|---|-----------|--|---|---------|--|--|-----|--|--|
| 食堂                              |  | 1 | 40.0(4.0) |  |   | ( )     |  |  | ( ) |  |  |
| 機能訓練室                           |  | 1 | 40.0( )   |  |   | ( )     |  |  | ( ) |  |  |
| 浴室                              |  | 1 | 30.0( )   |  |   | ( )     |  |  | ( ) |  |  |
| 便所                              |  | 1 | 20.0( )   |  | 1 | 20.0( ) |  |  | ( ) |  |  |
| 洗面設備                            |  | 1 | 15.0( )   |  | 1 | 15.0( ) |  |  | ( ) |  |  |
|                                 |  |   | ( )       |  |   | ( )     |  |  | ( ) |  |  |
|                                 |  |   | ( )       |  |   | ( )     |  |  | ( ) |  |  |
|                                 |  |   | ( )       |  |   | ( )     |  |  | ( ) |  |  |
| 片廊下の幅                           |  |   | 1.8m      |  |   | 1.8m    |  |  | m   |  |  |
| 中廊下の幅                           |  |   | 2.7m      |  |   | 2.7m    |  |  | m   |  |  |
| 共用する施設・事業所名 ( 特別養護老人ホーム ××ホーム ) |  |   |           |  |   |         |  |  |     |  |  |

- 備考
- 1 設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記入してください。
  - 2 居室・療養室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記入してください。
  - 3 「1人当たり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の( )内に記入してください。(算出にあたって、小数点以下第2位を切り捨ててください。)
  - 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記入してください。
  - 5 他の事業所又は施設と共用している場合は、「備考欄」に「共用」と記入し、「共用する事務所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
  - 6 同一の事業所又は施設の他の部屋と兼用している場合は、「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記入してください。
  - 7 設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記入し、まとめて提出してください。

(参考様式5)

**設備・備品等一覧表**

サービス種類 ( 短期入所生活介護 )  
 事業所名・施設名 ( 社会福祉法人 ○○会 ××ホーム )

| チェック欄 | 設備の種類   | 設備基準上適合すべき項目   |
|-------|---------|--|
| ○     | 居室      | <b>日照・採光・換気等、保健衛生・防災等への配慮</b><br>・各室の南側に窓を設け、日照・採光を確保している。<br>・各室に換気扇を設けるとともに、雨天や気温の低い日以外は、1日に2回程度、職員が窓を開けて換気している。               |
| ○     | 浴室      | <b>要介護者に適しているか</b><br>・床に滑りにくい材質を使うとともに、手すりを各所に設置している。(別添写真のとおり)   |
|       |         | <以下、略>   |
| ○     | 非常災害設備等 | ・建物は、耐火建築物となっている。<br>・居室及び廊下などにはスプリンクラーを設置している。<br>・居室から直接地上等へ避難できるようバルコニー及び車椅子での通行も可能となるようなスロープを設置している。<br>・事務所には非常通報装置を設置している。 |
| ○     | 備品の目録   | 備品の品名及び数量  |
|       |         | <省略>   |
|       |         |  |
|       |         |  |
|       |         |  |
|       |         |  |
|       |         |  |
|       |         |  |
|       |         |  |

**備品一覧(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業のみ)**

| チェック欄 | 備品の種類 | 品名 | 数量 |
|-------|-------|----|----|
|       |       |    |    |
|       |       |    |    |
|       |       |    |    |
|       |       |    |    |
|       |       |    |    |
|       |       |    |    |
|       |       |    |    |

備考 1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、付表及び平面図で確認できる項目以外の事項について記載してください。  
 2 「設備の種類」、「備品の種類」及び「設備基準上適合すべき項目」については、予め指定権者が、サービス毎に確認すべき内容を本様式に記載し、申請者が「チェック欄」、「品名」及び「数量」を記入して提出する形とすることを推奨します。

(運営規程における規定事項一覧)

| サービス種類                           | 運営規程に規定する事項   |
|----------------------------------|---|
| 訪問介護                             | ① 事業の目的及び運営の方針<br>② 従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③ 営業日及び営業時間<br>④ 指定訪問介護の内容及び利用料その他の費用の額<br>⑤ 通常の事業の実施地域<br>⑥ 緊急時等における対応方法<br>⑦ その他運営に関する重要事項  |
| 訪問入浴介護<br>(介護予防訪問入浴介護)           | ① 事業の目的及び運営の方針<br>② 従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③ 営業日及び営業時間<br>④ 指定訪問入浴介護の内容及び利用料その他の費用の額<br>(指定介護予防訪問入浴介護の内容及び利用料その他の費用の額)<br>⑤ 通常の事業の実施地域<br>⑥ サービスの利用に当たっての留意事項<br>⑦ 緊急時等における対応方法<br>⑧ その他運営に関する重要事項 |
| 訪問看護<br>(介護予防訪問看護)               | ① 事業の目的及び運営の方針<br>② 従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③ 営業日及び営業時間<br>④ 指定訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額<br>(指定介護予防訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額)<br>⑤ 通常の事業の実施地域<br>⑥ 緊急時等における対応方法<br>⑦ その他運営に関する重要事項                            |
| 訪問リハビリテーション<br>(介護予防訪問リハビリテーション) | ① 事業の目的及び運営の方針<br>② 従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③ 営業日及び営業時間<br>④ 指定訪問リハビリテーションの利用料及びその他の費用の額<br>(指定介護予防訪問リハビリテーションの利用料及びその他の費用の額)<br>⑤ 通常の事業の実施地域<br>⑥ その他運営に関する重要事項                                    |
| 居宅療養管理指導<br>(介護予防居宅療養管理指導)       | ① 事業の目的及び運営の方針<br>② 従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③ 営業日及び営業時間<br>④ 指定居宅療養管理指導の種類及び利用料その他の費用の額<br>(指定介護予防居宅療養管理指導の種類及び利用料その他の費用の額)<br>⑤ その他運営に関する重要事項  |
| 通所介護                             | ① 事業の目的及び運営の方針<br>② 従業者の職種、員数及び職務の内容<br>③ 営業日及び営業時間<br>④ 指定通所介護の利用定員<br>⑤ 指定通所介護の内容及び利用料その他の費用の額<br>⑥ 通常の事業の実施地域<br>⑦ サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧ 緊急時等における対応方法<br>⑨ 非常災害対策<br>⑩ その他運営に関する重要事項         |

| サービス種類  | 運営規程に規定する事項  |
|---|--|
| <p>通所リハビリテーション<br/>(介護予防通所リハビリテーション)</p>                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>① 事業の目的及び運営の方針</li> <li>② 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li>③ 営業日及び営業時間</li> <li>④ 指定通所リハビリテーションの利用定員<br/>(指定介護予防通所リハビリテーションの利用定員)</li> <li>⑤ 指定通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額<br/>(指定介護予防通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額)</li> <li>⑥ 通常の事業の実施地域</li> <li>⑦ サービス利用に当たっての留意事項</li> <li>⑧ 非常災害対策</li> <li>⑨ その他運営に関する重要事項</li> </ol>   |
| <p>短期入所生活介護<br/>(介護予防短期入所生活介護)</p>                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>① 事業の目的及び運営の方針</li> <li>② 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li>③ 利用定員(空床利用型を除く)</li> <li>④ 指定短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額<br/>(指定介護予防短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額)</li> <li>⑤ 通常の送迎の実施地域</li> <li>⑥ サービス利用に当たっての留意事項</li> <li>⑦ 緊急時等における対応方法</li> <li>⑧ 非常災害対策</li> <li>⑨ その他運営に関する重要事項</li> </ol>   |
| <p>短期入所療養介護<br/>(介護予防短期入所療養介護)</p>                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>① 事業の目的及び運営の方針</li> <li>② 従業者の職種、員数及び職務の内容</li> <li>③ 指定短期入所療養介護の内容及び利用料その他の費用の額<br/>(指定介護予防短期入所療養介護の内容及び利用料その他の費用の額)</li> <li>④ 通常の送迎の実施地域</li> <li>⑤ 施設利用に当たっての留意事項</li> <li>⑥ 非常災害対策</li> <li>⑦ その他運営に関する重要事項</li> </ol>   |
| <p>特定施設入所者生活介護<br/>(介護予防特定施設入所者生活介護)</p>                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>① 事業の目的及び運営の方針</li> <li>② 特定施設従業者の職種、員数及び職務内容<br/>(介護予防特定施設従業者の職種、員数及び職務内容)</li> <li>③ 入居定員及び居室数</li> <li>④ 指定特定施設入居者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額<br/>(指定介護予防特定施設入居者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額)</li> <li>⑤ 利用者が介護居室又は一時介護室に移る場合の条件及び手続</li> <li>⑥ 施設の利用に当たっての留意事項</li> <li>⑦ 緊急時等における対応方法</li> <li>⑧ 非常災害対策</li> <li>⑨ その他運営に関する重要事項</li> </ol>   |
| <p>特定施設入居者生活介護<br/>(外部サービス利用型)<br/>[介護予防特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型)]</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>① 事業の目的及び運営の方針</li> <li>② 外部サービス利用型特定施設従業者の職種、員数及び職務内容<br/>(外部サービス利用型介護予防特定施設従業者の職種、員数及び職務内容)</li> <li>③ 入居定員及び居室数</li> <li>④ 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額<br/>(外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額)</li> <li>⑤ 受託居宅サービス事業者及び受託居宅サービス事業所の名称及び所在地<br/>(受託介護予防居宅サービス事業者及び受託介護予防居宅サービス事業所の名称及び所在地)</li> <li>⑥ 利用者が他の居室に移る場合の条件及び手続</li> <li>⑦ 施設の利用に当たっての留意事項</li> <li>⑧ 緊急時等における対応方法</li> <li>⑨ 非常災害対策</li> <li>⑩ その他運営に関する重要事項</li> </ol> |

| サービス種類                     | 運営規程に規定する事項   |
|----------------------------|---|
| 福祉用具貸与<br>(介護予防福祉用具貸与)     | ① 事業の目的及び運営の方針<br>② 従業者の職種、員数及び職務内容<br>③ 営業日及び営業時間<br>④ 指定福祉用具貸与の提供方法、取り扱う種目及び利用料その他の費用の額<br>(指定介護予防福祉用具貸与の提供方法、取り扱う種目及び利用料その他の費用の額)<br>⑤ 通常の事業の実施地域<br>⑥ その他運営に関する重要事項       |
| 特定福祉用具販売<br>(介護予防特定福祉用具販売) | ① 事業の目的及び運営の方針<br>② 従業者の職種、員数及び職務内容<br>③ 営業日及び営業時間<br>④ 指定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<br>(指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)<br>⑤ 通常の事業の実施地域<br>⑥ その他運営に関する重要事項 |



## ○ 訪問介護の運営規程の例

(※印の部分は、規定を策定する上での留意事項である。)

### ○○指定訪問介護事業所運営規程

(事業の目的)

第1条 ○○法人○○が開設する○○指定訪問介護事業所（以下「事業所」という。）が行う指定訪問介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。

(指定訪問介護の運営の方針)

第2条 指定訪問介護の基本方針として、訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(事業所の名称等)

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。

- ① 名 称 ○○指定訪問介護事業所
- ② 所在地 ○○市○○町○○○○

(職員の職種、員数及び職務の内容)

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

| 職 種       | 資 格    | 常勤(名) | 非常勤(名) | 備 考          |
|-----------|--------|-------|--------|--------------|
| 管理者       | —      | 1     |        | サービス提供責任者と兼務 |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士  | 3     |        | うち1名管理者と兼務   |
| 訪問介護員等    | 介護福祉士  | 2     |        |              |
|           | (准)看護師 |       |        |              |
|           | ヘルパー1級 |       |        |              |
|           | ヘルパー2級 | 1     | 1 3    |              |
| 事務職員      |        | 1     |        |              |

(1) 管理者

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

(2) サービス提供責任者

サービス提供責任者は、次に掲げる事項を行う。

- ・訪問介護計画の作成・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への出席、利用者に関する情報の共有等居宅介護支援事業者等との連携に関すること。
- ・訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び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。
- ・訪問介護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。

(3) 訪問介護員等

訪問介護員等は、訪問介護の提供に当たる。

(4) 事務職員

事務職員は、事業の実施に当たって必要な事務を行う。

(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 火曜日から日曜日までとする。ただし、12月29日から1月3日までを除く。
- ② 営業時間 午前7時から午後11時までとする。
- ③ 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

(事業の内容及び利用料等)

第6条 指定訪問介護の内容は次のとおりとし、指定訪問介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、指定訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、所定の額とする。

- ① 身体介護
- ② 生活援助

2 第9条の通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費の実費を徴収する。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 事業所の実施地域を越える地点から、片道〇〇キロメートル未満 〇〇〇円
- ② 事業所の実施地域を越える地点から、片道〇〇キロメートル以上 〇〇〇円

**(※ この場合の交通費も実費の範囲内で設定すること)**

3 前二項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。

(緊急時等における対応方法)

第7条 訪問介護員等は、事業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、速やかに主治の医師に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。

(通常の事業の実施地域)

第8条 通常の事業の実施地域は、〇〇市、〇〇市、〇〇町の区域とする。

(その他運営についての留意事項)

第9条 事業所は、すべての訪問介護員等（登録型の訪問介護員等を含む。以下同じ。）に対し、個別の訪問介護員等に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施する。なお、研修計画は機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。

- ① 採用時研修 採用後〇カ月以内
- ② 継続研修 年〇回

- 2 事業所は、すべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施する。
- 3 訪問介護員等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。
- 4 訪問介護員等であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業員との雇用契約の内容に含むものとする。
- 5 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は〇〇（法人、開設者等）と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則 この規程は、令和〇〇年〇〇月〇〇日から施行する。

(参考様式6)

### 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要(記載例)

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 事業所又は施設名   | (株)北海ホームヘルプサービス |
| 申請するサービス種類 | 訪問介護            |

#### 措置の概要

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

- ・ 相談、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置く。また、担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぐこととする。

(電話番号) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(担当者) サービス提供責任者 北海 花子

(受付時間) 月曜日～金曜日 9時00分から18時00分まで

##### 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・ 苦情があった場合は直ちに担当者が相手方に連絡を取り、直接出向くなどして詳しい事情を聞くとともに、職員からも事情を確認する。
- ・ 担当者が必要と判断した場合には、管理者まで含めて検討会議を行う。(検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで処理結果を報告する。)
- ・ 検討後、翌日までには必ず具体的な対応を行う。
- ・ 記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる。

##### 3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)

##### 4 その他参考事項

- ・ 普段から苦情が出ないようなサービス提供を心掛ける。(毎日朝礼等で確認、職員に対する研修の実施)

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式7)

## サービス提供実施単位一覧表

(記載例)

| 曜日    | 月            | 火            | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|-------|--------------|--------------|---|---|---|---|---|
| 時間    |              |              |   |   |   |   |   |
| 9:00  | (例)<br>[20人] | (例)<br>[10人] |   |   |   |   |   |
| 12:00 | [ ]          | [10人]        |   |   |   |   |   |
| 15:00 | [ ]          | [10人]        |   |   |   |   |   |
| 18:00 | [ ]          | [ ]          |   |   |   |   |   |
| 21:00 | [ ]          | [ ]          |   |   |   |   |   |
| 0:00  | [ ]          | [ ]          |   |   |   |   |   |

備考 1 曜日ごとにサービス提供単位の状況を記載してください。また、サービス提供単位ごとの利用定員を記載してください。

2 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、サービス提供単位及びサービス提供単位ごとの利用定員が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

雇用確約証明書

|              |   |                         |
|--------------|---|-------------------------|
| 被雇用者氏名       | 石狩 花代                                     |                         |
| 被雇用者生年月日     | 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                         |                         |
| 雇用年月日        | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                         |                         |
| 勤務事業所        | 名称  | 株式会社 北海ホームヘルプサービス       |
|              | 所在地                                       | 札幌市中央区北 3 条西 6 丁目       |
| 勤務事業所のサービス種類 | 訪問介護                                      |                         |
| 被雇用者が従事する職種  | 訪問介護員                                     |                         |
| 勤務形態         | 常勤 ・ <input checked="" type="radio"/> 非常勤 | 〔 勤務時間等<br>月～木 10～16時 〕 |
|              | <input checked="" type="radio"/> 専従 ・ 兼務  |                         |

上記のとおり、雇用を確約していることを証します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

雇用者  
(開設者) 住所 札幌市中央区北 3 条西 6 丁目  
株式会社 北海ホームヘルプサービス  
氏名 北海 太郎 印  
(法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに  
名称及び代表者の氏名)

上記のとおり、相違ありません。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被雇用者 住所 石狩市花川〇条〇丁目  
氏名 石狩 花代 印

備考 「勤務形態」欄の「常勤・非常勤」「専従・兼務」は、それぞれ該当する方を○で囲んでください。