

介護予防・日常生活支援総合事業指定
第1号事業者指定申請書（記載例）

（通所型サービス）

多賀城市保健福祉部

介護・障害福祉課

1 指定申請書

様式第1号（第2条関係）

多賀城市介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定(更新)申請書

多賀城市長 殿

年 月 日



所在地 多賀城市中央〇丁目〇番〇号
 申請者 名称 株式会社 多賀城介護サービス
 代表取締役社長 多賀城 太郎

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者に係る（指定・更新）を受けるため、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	フリガナ	カフシカ イヤ カゴジョウカゴサービス			
	名称	株式会社 多賀城介護サービス			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 985-0873) 多賀城市中央〇丁目〇番〇号 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	022-368-〇〇〇〇	FAK番号	022-368-〇〇〇〇
	法人の種類別	株式会社	法人所轄庁		
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ カゴジョウ タロウ	生年月日	昭和〇年〇月〇日
			氏名 多賀城 太郎		
代表者の住所	(郵便番号 985-〇〇〇〇〇) 多賀城市高橋〇丁目〇番〇号 (ビルの名称等)				
	フリガナ				
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 985-〇〇〇〇〇) 多賀城市中央〇丁目〇番〇号 (ビルの名称等)			
	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
訪問型サービス	介護予防訪問介護相当サービス	○	令和〇年〇月〇日		付表 1-1 付表 1-2
通所型サービス	介護予防通所介護相当サービス	○	令和〇年〇月〇日		付表 2-1
	通所型サービス A				付表 3-1
	通所型サービス C				付表 4-1 付表 4-2
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名		〇〇市、〇〇町			
医療機関コード等					

①申請者

- ・申請者は、法人でなくてはなりません。法人の種類は問いません。

ただし、介護保険サービスの実施にあたって、認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更などの各手続きを済ませた上で、申請書類を提出してください。

- ・法人登記上、記載されている住所を記載します。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- ・法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載します。（例：「株式会社」を「(株)」等のように省略しないこと。）
- ・郵便番号、電話番号など誤りがないようによく確認して記入してください。

②法人所轄庁

- ・「法人の種別」が株式会社、合同会社等の場合は空欄とし、社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人などは、所管する（認可等を受けた）官庁を記入します。

③事業所名称

- ・名称中の空白に注意してください。記載どおり台帳登録しますので、正確に記入してください。

例：「デイサービス たがじょう」とするのか

「デイサービスたがじょう」とするのか。（前者は、空白あり）

- ・類似の名称がある場合、何かとトラブルが起きることが想定されますから、「厚生労働省介護サービス情報公表システム（宮城県）」
(<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/04/index.php>)
により、調査、確認の上、事業所名称を決めてください。

④事業所の住所

- ・事業所の住所は正しく記入してください。住所の表示と土地の地名が異なる場合があります、特に住居表示実施地域は土地の地番と必ず異なりますので注意してください。

⑤指定等を受けようとする事業等

- ・指定等を受けようとする事業等に“○”を付してください。

⑥事業開始等予定年月日

- ・申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。

例：令和〇〇年5月中に受理の見込み→令和〇〇年7月1日

⑦既に指定等を受けている事業等

- ・同一敷地内・同一申請者により既に指定等を受けている総合事業がある場合に、記入してください。

2 指定に係る記載事項

付表2-1 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項
(介護予防通所介護相当サービス)

		①		受付番号								
事業所	フリガナ	〇〇デイサービスセンター										
	名称	〇〇デイサービスセンター										
	所在地	(郵便番号 9 8 5 - 〇 〇 〇 〇)										
		宮城県多賀城市中央〇丁目〇〇番〇〇号										
直通連絡先	直通電話番号	022-368-〇〇〇〇		FAX番号	022-368-〇〇〇〇							
②		メールアドレス		〇〇〇@〇〇〇〇.jp								
管理者	フリガナ	タガシヨウ ハナコ		(郵便番号 9 8 1 - △△△△)								
	氏名	多賀城 花子		住所	仙台市宮城野区△△町1丁目2番3号							
	生年月日	昭和××年×月××日		△△ハイツ △△号								
	当該通所介護事務所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
③	同一敷地内の事業所又は施設	事業所等名称	〇〇ヘルパー事業所									
	(兼務の場合のみ記入)	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 〇〇時〇〇分~〇〇時〇〇分									
実施単位数	○ 単位		同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限				人					
④	単位別従業者	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
		常勤(人)	1		1		1			1		
		非常勤(人)					2					
基準上の必要人数(人)		⑤										
適合の可否												
食堂及び機能訓練室の合計面積		〇〇.〇〇		m ²		基準上の必要数値		m ² 以上		適合の可否		
定員		〇〇		人								
⑥	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の	国民の休日及び	
		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇		休日	12月29日から1月3日まで	
	営業時間	平日	××:00 ~		××:00		土曜	××:00 ~		××:00	日・祝	~
		備考										
利用料	法定代理受領分	利用者の介護保険負担割合に記載された割合に応じた額										
	法定代理受領分以外	介護報酬告示上の額、総合事業については市実施要領に記載された額										
その他の費用		事業所の実施区域を超える交通費										
通常の事業実施地域		① 多賀城市	② 〇〇市	③ △△町	④ 〇〇市〇〇区	⑤						
備考												
添付書類	別添のとおり											

- 備考
- 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。
 - 2 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。
 - 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。

① 事業所名

- ・正確に記入してください。
(特に、電話番号、メールアドレス等は誤りのないよう確認してください。)

② 管理者

- ・管理者については、資格要件はありませんが、「常勤であり、かつ、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事」しなくてはなりません。
- ・次の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができます。

ア	当該指定通所介護事業所の他の職務に従事する場合
イ	同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合

次のような場合は、管理業務に支障があるとされ、兼務できません。

ア 管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合

イ 併設される入所施設において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合

- ・事業所で他の職務を兼務する場合にあつては、その職務名
⇒通所介護事業所で他の職種と兼務する場合に記入
- ・同一敷地内の他の事業等の職務を兼務する場合にあつては、その事業所等の名称、兼務する職務名及び勤務時間
⇒同一法人で同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務する場合に記入する

③ 単位数

- ・実施単位数と同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限人数を記入してください。
- ・複数単位がある場合は、付表 2-1 (別紙) も記載してください。

④ 従業者の職種・員数

- ・職種に応じて専従・兼務及び常勤・非常勤の区分に応じて員数を記入してください。その際、勤務状況一覧表と整合が取れているか確認してください。
⇒・勤務形態の区分 (A, B, C, D) は、常勤か非常勤か、専従か兼務かによって区別されています。

区分	専従	兼務
常勤	A	B
非常勤	C	D

- ・介護保険事業所上の常勤、非常勤、専従及び兼務の意味は次のとおりです。

常勤	正規職員、パート、派遣など雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤です。
非常勤	この事業所における勤務時間が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤です。正規職員であっても同一法人の他の事業所を兼務している場合などは、非常勤です。
専従	従業者が当該事業所の他の職種に従事していない場合や、管理者が同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の管理者として従事していない場合です。
兼務	従業者が当該事業所の他の職種又は管理者が同一敷地内の同一法人が経営する他の事業所の管理者として従事している場合です。

- ・管理者は、常勤でなくてはなりません。管理者の場合は、支障がない場合は「常勤・兼務（B）」も認められます。
- ・管理者と兼務する従業者は、常勤・兼務として記入します。
- ・「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式2）」の人数、常勤換算数と一致すること。
- ・管理者との兼務は可能ですが、勤務日においては、管理業務を半日以上することとしています。

例：管理者が月曜日から金曜日まで勤務するとして、

- 月曜日から金曜日の各日も管理者として4時間、生活相談員として4時間勤務する場合
- × 月曜日から木曜日まで管理者として勤務し、金曜日は生活相談員として勤務する場合

⑤ 食堂及び機能訓練室の合計面積

- ・食堂及び機能訓練室の合計面積を記入してください。（平面図と一致）
- ・面積は利用者が有効に使用できる面積（内法）で測るため、壁心から測ることは認められません。
 - ※ 柱やパーテーション等の部分も除算して計算してください。
- ・棚、靴箱、荷物ロッカー（利用者用を含む）、洗面台、冷蔵庫、電子レンジ、洗濯機、記録等のためのスペース等、食堂及び機能訓練のために利用者が直接使用しない設備が設置されている部分は面積に含まれません。
 - ※ サービス提供時に利用者が直接使用するテーブルや椅子、ソファ、機能訓練に使用する器具等については面積からの除外は不要です。
- ・該当設備と他設備（静養室や事務室、玄関部分、通路・廊下部分、厨房、事務スペース等）を合算することはできません。
 - ※ 通所介護事業所等での静養室については、個室又はカーテン等で仕切られた形状であり、介護を行うスペースも確保した上で面積を計算してください。
 - ※ 厨房・キッチンとして従業者が使用するスペースは、食堂・機能訓練室の面積には含まれません。

- ・ 当該通所介護事業所の他の単位、または他の事業所、施設等が食堂及び機能訓練室内を通る構造の場合の当該通路部分は面積に含まれません。

※ 当該建物における通路・廊下部分については、原則として食堂及び機能訓練室の面積には含むことができません。

利用者が機能訓練の一環として歩行訓練等に使用する場合も同様です。

⑥ 主な揭示事項

- ・ 「営業日」「サービス提供時間」は、運営規程に記載されている内容のとおり記入してください。
- ・ 「利用料」は、記入例のとおり記入していただければ結構です。
通常は、法定代理受領（現物給付）ですが、保険料滞納者などについては、支払方法が変更され、償還払い（いったん全額を利用者が負担する）とされます。
- ・ 「その他の費用」は、通常の事業の実施地域以外の場合の交通費（移動に要する実費）、食費、おむつ代等が該当します。
- ・ 「通常の事業の実施地域」は、運営規程に定めたとおりに記載してください。書ききれない場合は、「別記」とし、別に記載した用紙を添付してください。
- ・ 「通常の事業の実施地域」は、サービス提供のできる地域ではなく、この地域以外の利用者であっても利用者が希望すればサービスを提供することができます。
- ・ したがって、利用者の立場からは、通常の事業の実施地域が明確でないと不利益を被る場合もあるため、通常の事業の実施地域は客観的に定める必要があり、原則として、行政区画により規定します。

例：○ 多賀城市、塩竈市、仙台市宮城野区、若林区

× 多賀城市、塩竈市、仙台市宮城野区、若林区、「泉区の一部」

事業者の立場からは、「通常の事業の実施地域」は、次のような意義があります。

ア 事業者は正当な理由なくサービスの提供を拒むことができないが、通常の事業の実施地域外であることは、正当な理由とされる。

イ 通常の事業の実施地域以外の場合には、交通費（移動に要する実費）をその他の費用として徴収できる。

3 商業登記事項証明書【法人のみ】

- ・ 商業登記、法人登記の登記事項証明書（3か月以内に法務局から発行された原本）を添付してください。
- ・ 登記申請中で月末までに、商業登記事項証明書が提出できない場合は、補正依頼申立書と法務局の受領印が押してある登記申請書類を提出してください。

※法人の事業として明確に位置づけていることを確認するため、定款の目的に、「介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業」もしくは、「介護保険法に基づく第1号通所事業」と規定されているか確認してください。

- ・ 多賀城市総合事業の通所サービスA及び通所サービスCについては、法人格のない個人開設の施術所等も認めており、この場合は、開設者の住民票を添付してください。

4 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表

参考様式のファイルの「記入方法」シートを参考に記入してください。

5 資格が必要な職種の資格証・証明書

- ・ 下記の職員については、資格等が必要ですので、その資格等を証する書類（登録証、免許証等）のコピーを添付してください。合格証書では不可ですので注意してください。

職種	資格要件
生活相談員	①社会福祉主事（社会福祉主事任用資格） ②社会福祉士 ③ 介護福祉士 ④精神保健福祉士 ⑤保育士 ⑥介護支援専門
看護職員	①看護師 ②准看護師
機能訓練指導員	①理学療法士 ②作業療法士 ③言語聴覚士 ④看護職員（看護師又は准看護師） ⑤柔道整復師 ⑥あん摩マッサージ指圧師

- ・ 結婚等により現在の姓と資格証の姓が異なる場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳などのコピーを提出してください。

※住民票は、戸籍情報が記載されていないので不可です。

- ・ 社会福祉士及び介護福祉士法第7条第4号により定められた指定施設において、通算して3年以上相談援助、看護、介護等の業務に従事した経験のあるもので任用する場合は「実務経験証明書」の提出を提出してください。

- ・ 資格証は、A 4 サイズにコピーして添付してください。

6 雇用関係を証する書類

- ・ 雇用関係を証する書類とは、当該の者が、すでに申請者の法人に雇用されている、又は指定日までに雇用することを示す「雇用契約書」「労働条件通知書（雇入通知書）」の写し（原本証明必要）です。雇用関係を証する書類の勤務場所は必ず当該事業所名にし、業務内容は当該事業所での職種にしてください。なお、「雇用契約書」「労働条件通知書（雇入通知書）」の勤務場所、職種が当該事業所のものになっていない場合は、当該事業所名、職種が明記された辞令等の写し（原本証明必要）も提出してください。

また、従業者が法人の役員であり、「雇用契約書」等が作成されていない場合は、辞令等の写し（原本証明必要）を提出してください。

※「辞令等の写し」の等とは、人事異動発令簿、異動通知等の写し（原本証明必要）を指します。

7 就業規則

- ・ 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へ届出することとされていますので、そのコピーを添付してください。
なお、短時間労働者、いわゆるパートタイマーであっても、「常時10人以上の労働者」となります。
参考：「訪問介護労働者の法定労働条件の確保について」平成16年8月27日付け厚生労働省労働基準局長通知（基発第0827001号）
- ・ 就業規則を作成する必要のない使用者は、提出する必要はありません。
- ・ ただし、当該事業所においては10人未満であるが、同一法人の他の事業所において就業規則を作成しており、その就業規則を当該事業所の職員にも適用する場合は、その就業規則を添付してください。

8 平面図

- ・ 事業の運営を行うために必要な広さを有する特定の区画が必要です。
- ・ 面積は利用者が有効に使用できる面積（内法）で測るため、壁心から測ることは認められません。
※ 柱やパーテーション等の部分も除算して計算してください。

○ 食堂及び機能訓練室（ともに支障のない場合のみ合算可能。合計面積が利用者1人当たり3㎡以上(内寸法)）

- ・ 棚、靴箱、荷物ロッカー（利用者用を含む）、洗面台、冷蔵庫、電子レンジ、洗濯機、記録等のためのスペース等、食堂及び機能訓練のために利用者が直接使用しない設備が設置されている部分は面積に含まれません。

※ サービス提供時に利用者が直接使用するテーブルや椅子、ソファ、機能訓練に使用する器具等については面積からの除外は不要です。

- ・ 該当設備と他設備（静養室や事務室、玄関部分、通路・廊下部分、厨房、事務スペース等）を合算することはできません。

※ 通所介護事業所等での静養室については、個室又はカーテン等で仕切られた形状であり、介護を行うスペースも確保した上で面積を計算してください。

※ 厨房・キッチンとして従業者が使用するスペースは、食堂・機能訓練室の面積には含まれません。

- ・ 当該通所介護事業所の他の単位、または他の事業所、施設等が食堂及び機能訓練室内を通る構造の場合の当該通路部分は面積に含まれません。

※ 当該建物における通路・廊下部分については、原則として食堂及び機能訓練室の面積には含むことができません。

利用者が機能訓練の一環として歩行訓練等に使用する場合も同様です。

○ 静養室

- ・ 静養室は、個室又はカーテン等で仕切られた形状であり、静養できる設備であること。
- ・ 休養が必要になった利用者が適時休めるよう、同一フロアにあるなど利用しやすい場所に設置すること。
- ・ ベッドだけでなく利用者が静養できる設備として布団等の設置も必要です。

○ 相談室（遮蔽物の設置等で、プライバシーを確保すること）

- ・ 利用者及びその家族のプライバシー確保のため、個室又はパーテーション等で仕切られて外部からの視線を遮断できる形状・しつらえであること。
- ・ 相談を受け付けるための設備（机・いす等）の設置が必要です。

○ 事務室

- ・ 当該事業を運営するための事務室が必要。

なお、食堂機能訓練室内に事務のためのスペースを別途確保する場合には、当

該スペースは食堂機能訓練室の面積からは除外すること

- ・他事業（介護保険外事業含む）と事務室が同一の場合、通所介護事業専用の事務机1以上確保されていること

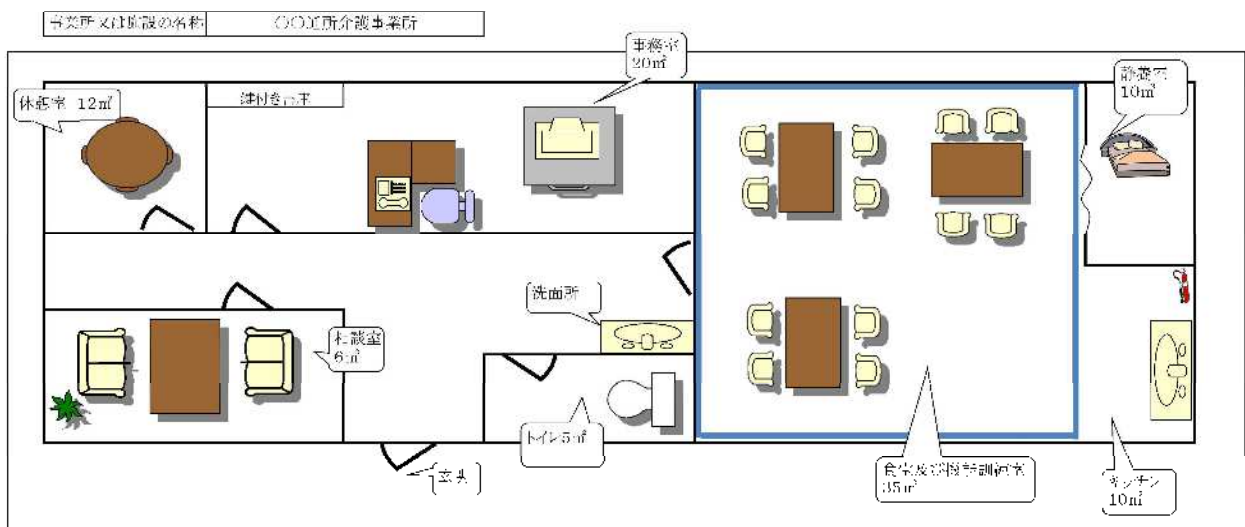
- ・他の事業所と同じ事務室を共用しても構いませんが、机などそれぞれの備品がどの事業所にあたるのか明確に区分し、トイレ、相談室など共用する場合はその旨明記してください。

○ トイレ、手洗い

- ・要介護者が安全かつ衛生的に使用できるものであること

○ サービス提供に必要な設備・備品（洗面所・トイレ・書庫など）も記載します。

※中拡大図
事業所の平面図（通所介護）



備考1 各区域の用途及び面積を記載してください。
2 他事業の共用部分とこの利用区域の区分が、図示されている場合があります。
3 2項以上の区域に事業所を2箇所以上、上記の用途別の面積の区分を記載してください。

9 設備・備品等一覧表

記載例

(参考様式5)

設備・備品等一覧表

サービス種類 (通所介護相当サービス)
事業所名・施設名 (●●●●●●)

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要 ①食堂及び機能訓練室 ②静養室 ③相談室 ④事務室 ⑤浴室 ⑥トイレ 非常災害設備等 ⑦消火器 ⑧自動通報装置 ⑨スプリンクラー ⑩煙感知器	①食堂及び機能訓練室は70.4㎡で、定員20人1人当たりで換算すると3.52㎡であり、十分な広さを確保している。 ②静養室は利用者の静養に配慮し、独立した部屋にベッドを2台設置している。 ③相談室は相談者のプライバシーに配慮し、独立した部屋を設けている。 ④個人情報の適切な取り扱い等に配慮し、鍵のかかる事務室を設けている。また、利用者の個人ファイルは鍵付きのキャビネットに保管している。 ⑤個浴1、特浴1。床の滑り止めや手すり、シャワーチェアの設置により安全な入浴ができるよう配慮している。 ⑥トイレは3箇所、そのうち2箇所は車椅子対応としている。 ⑦粉末系消火器を計3か所に設置(玄関、食堂及び機能訓練室、廊下)。 ⑧事務室に設置された自動通報装置により、緊急時には消防署に自動通報される体制を確保。 ⑨閉鎖型湿式スプリンクラー設置済み。 ⑩食堂及び機能訓練室、静養室、事務室にはイオン化学式スポット型煙感知器を設置。	
備品の目録	備品の品名及び数量	適合の可否
≪事務室≫ 机 イス キャビネット 電話 コピー機 パソコン ≪食堂及び機能訓練室≫ テーブル イス ≪相談室≫ 机 イス 自動車	机 2個 イス 2脚 キャビネット 1台 電話 1台 コピー機 1台 パソコン 2台 テーブル 4台 イス 24脚 机 2個 イス 4脚 ・自動車(車種:○○○○・△人乗り) 1台	

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、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。

3 「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

10 運営規定

運営規程には、次の内容を記載する必要があります。

【通所型サービス】

1	事業の目的及び運営の方針	
2	従業者の職種、員数及び職務の内容	
3	営業日及び営業時間	
	総合事業通所介護の利用定員	
4	指定通所介護の内容及び利用料 その他の費用の額	
5	通常の事業の実施地域	客観的にその区域が特定されること。
	サービス利用に当たっての留意事項	
6	緊急時等における対応方法	
	非常災害対策	
7	虐待の防止のための措置に関する事項	令和6年3月31日まで努力義務
8	その他運営に関する重要事項	※職員研修等

- ・ 従業者の職種、員数は、（２）指定に係る記載事項及び（８）従業者の勤務体制及び勤務形態の記載と合致するようにしてください。
- ・ 運営規程にも規定していただきますように、業務上知り得た利用者及び家族の個人情報について、在職中は勿論のことながら、退職後においても決して口外しない旨の誓約行為に従業者との雇用契約時に必ず行ってください。方法としては、就業規則の遵守事項に秘密保持について規定し、雇用契約時に従業者に読み聞かせるか、雇用契約書の内容に秘密保持についての誓約を盛り込んだ上で契約締結するか、別に雇用契約時に秘密保持についての誓約書を従業者から提出させることなどが考えられます。

1.1 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)

居宅サービスの場合の作成例

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	〇〇訪問サービス事業所
申請するサービス種類	介護予防訪問介護相当サービス

措置の概要

- 1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置
 - ① 連絡先(電話、FAX等)
 - ② 担当者名(管理者、サービス提供責任者等、事業所職員の中から選定)
 - ③ 受付時間(時間外の対応が取ればその内容も記載)
 - ④ 担当者不在の場合の対応(対応者以外でも対応できるようにしておく)
- 2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情を受付けた場合、苦情内容を正確に苦情処理受付簿に記入し、事業所で定めた次の処理手順に基づき、迅速に対応する。

 - ① 苦情原因の把握・・・当日又は時間帯によっては翌日
利用者宅に訪問し、受付けた苦情内容を確認するとともに、今後の対応や予定を説明し了解を得る。また、速やかに解決を図る旨、伝言する。
(下の記載は居宅介護支援事業者の場合の例)
サービス提供事業者にかかる事項については、当該事業者から速やかに報告を受ける。
 - ② 検討会の開催
苦情内容の原因を分析するため、関係者の出席のもと、対応策の協議を行う。
 - ③ 改善の実施
利用者に対し、対応策を説明して同意を得る。
改善を速やかに実施し、改善状況を確認する。
(損害を賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行う。)
 - ④ 解決困難な場合
保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行う。また、解決できない場合には、保険者と協議し、国保連への連絡も検討する。
 - ⑤ 再発防止
同様の苦情、事故が起らないように苦情処理の内容を記録し、従業員へ周知するとともに、「苦情処理マニュアル」を作成・改善し研修などの機会を通じて、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。
 - ⑥ 事故発生時の対応等
事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じられるよう、あらかじめ関係機関との対応方法を定め、関係機関に周知して協力を依頼する。
- 3 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合に記載)
 - ① 事業者の窓口職員(管理者・サービス提供責任者・生活相談員等)に早急に連絡や訪問調査することで、苦情に対する解決方法を模索する。
 - ② 上記の職員だけでは処理が困難な場合は、第三者委員や保険者である市町村、国保連などに相談し、助言・指導を得て解決方法を模索する。
 - ③ 同様の苦情、事故が起らないように苦情処理の内容を記録し、従業員へ周知するとともに、「苦情処理マニュアル」を作成・改善し研修などの機会を通じて、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。
- 4 その他参考事項(事業所として特記すべき事項があれば記載)

たとえば、普段から苦情が出ないようなサービス提供を心がける(毎朝の朝礼等で確認、研修の定期的実施など)

○公的機関の相談窓口

〇〇市介護保険課	***-***-***
〇〇町介護保険係	***-***-***
〇〇県国民健康保険団体連合会	***-***-***

1.2 欠格事由に該当しない旨の誓約書

- ・ サービスの質の向上と悪質な事業者の排除を目的として、平成18年4月の改正で、指定を行わない場合として、法人の役員等の欠格事由が規定されました。
- ・ この欠格事由に該当する役員等がないことについて、「欠格事由に該当していない旨の誓約書（参考様式7）」を提出します。
- ・ 役員等には、管理者を含みます。
- ・ 多賀城市総合事業の通所サービスA及び通所サービスCについては、法人格のない個人開設の施術所等も認めており、この場合は、開設者及び管理者が誓約対象者になります。

役員 の 範 囲

「医療法人」・・・①理事、②監事

「社会福祉法人」・・・①理事、②監事

「特定非営利活動法人」・・・①理事、②監事

「合同会社」（有限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合名会社」（無限責任社員のみで構成）・・・①全社員

「合資会社」（有限責任社員と無限責任社員とで構成）・・・①全社員

「株式会社」・・・①取締役（社外取締役を含む）、②執行役、

③監査役（社外監査役）、④会計参与

(参考様式 7)

介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項並びに多賀城市暴力団排除条例第 2 条
第 3 号及び第 4 号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

多賀城市長 殿

所在地 多賀城市中央〇丁目〇番〇号
名 称 株式会社〇〇〇〇
代表者職・氏名 代表取締役社長 多賀城 太郎^印

申請者及び役員等が、介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項に規定する厚生労働省令で定める基準（平成 11 年厚生省令第 36 号 介護保険法施行規則第 140 条の 63 の 6）に従って適正に第 1 号事業を行うことができないと認められるものに該当しないこと、多賀城市暴力団排除条例第 2 条第 3 号並びに第 4 号に該当しないことを誓約します。

なお、本誓約書の内容のうち、多賀城市長が必要であると判断した場合は、多賀城市長が宮城県警察本部に照会することを承諾します。

記

【介護保険法第 115 条の 45 の 5 第 2 項】

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。

【介護保険法施行規則第 140 条の 63 の 6】

(法第 115 条の 45 の 5 第 2 項の厚生労働省令で定める基準)

法第 115 条の 45 の 5 第 2 項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。

- 一 第 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等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。）に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。）に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準
 - ロ 旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス（旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。）に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準
 - ハ 平成 26 年改正前法第 54 条第 1 項第 3 号又は法第 59 条第 1 項第 2 号に規定する離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成 26 年改正前法第 54 条第 1 項第 3 号又は法第 59 条第 1 項第 2 号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準
- 二 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。）

【多賀城市暴力団排除条例】

第 2 条 第 3 号 暴力団員 法第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。

第 2 条 第 4 号 暴力団員等 次のいずれかに該当するものをいう。

ア 暴力団員

イ 暴力団員でなくなった日から 5 年を経過しない者

ウ 法人その他の団体であって、その役員（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、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、当該団体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以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）のうちア又はイのいずれかに該当する者があるもの

1.3 介護給付費算定に係る届出書

※加算がない場合も提出してください。

(別紙1)

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 年 月 日

(〒〇〇先) 多賀城市長 殿

所在地 多賀城市中央〇丁目〇番〇号
 名称 株式会社 〇〇〇〇
 代表者氏名 代表取締役 多賀城 太郎

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ 〇〇〇〇 株式会社 〇〇〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 985 - 〇〇〇〇) 宮城 県 多賀城 市 中央〇丁目〇番〇号 (ビル名称等)				
	連絡先	電話番号	022-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	022-〇〇〇-〇〇〇〇	
	法人の種別	法人所轄庁				
代表者の職・氏名	職名	代表取締役			氏名	多賀城 太郎
	代表者の住所	(郵便番号 98〇 - 〇〇〇〇) 宮城 県 仙台 市 青葉区〇〇×丁目〇番〇号				
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	タガシヨウ〇〇デ リ ビスセンタ 多賀城〇〇デーサービスセンター				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 985 - 〇〇〇〇) 宮城 県 多賀城 市 中央〇丁目〇番〇号				
	連絡先	電話番号	022-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	022-〇〇〇-〇〇〇〇	
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 -) 宮城 県 多賀城 市				
	連絡先 管理者の氏名	電話番号		FAX番号		
管理者の住所	(郵便番号 985 - 〇〇〇〇) 宮城 県 多賀城 市 〇〇町〇番〇号					
届出を行う事業所・施設	同一所在地において行う事業等の種別	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)
	訪問型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(独自・定率)	○	令和2年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和5年4月1日	下記のとおり
	通所型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号						
特記事項	変更前			変更後		
	介護職員処遇改善加算	加算Ⅱ		介護職員処遇改善加算	加算Ⅰ	
	介護職員等特定処遇改善加算	なし		介護職員等特定処遇改善加算	加算Ⅰ	
	介護職員等ベースアップ等支援加算	なし		介護職員等ベースアップ等支援加算	あり	
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の「」
 6 「異動項目」欄には、(別紙2)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

連絡先	担当者	多賀城 太郎
	電話番号	022 〇〇〇 〇〇〇〇

(注12)

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体罰等状況一覧表（介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスC）

該当項目を■表示。

要員のある箇所を■表示

多量減価にも該当します。

事業子番号 3 4 7 0 5 6 6 0 0

施設サービス	施設等区分	人員配置区分	要員	その他	実施する	林	用	業	■への番号	割引			
A2 介護予防訪問介護相当 サービス	施設等区分	人員配置区分	要員	施設別訪問	1施設 6 2施設 7 3施設 8 4施設 9 5以上の施設 10 その他	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり		
				中山間地域等における介護予防訪問介護	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり	
				中山間地域等における介護予防訪問介護	■	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				介護職員処遇改善加算	■	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				介護職員処遇改善加算	■	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				介護職員処遇改善加算	■	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				職員の処遇改善加算	■	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				生活介護向い付	■	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				生活介護向い付	■	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				生活介護向い付	■	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				生活介護向い付	■	■	■	■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				B6 介護予防通所介護相当 サービス	施設等区分	人員配置区分	要員	施設別訪問	1施設 6 2施設 7 3施設 8 4施設 9 5以上の施設 10 その他	■	■	■	■
中山間地域等における介護予防通所介護	■	■	■					■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり	
中山間地域等における介護予防通所介護	■	■	■					■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
介護職員処遇改善加算	■	■	■					■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
介護職員処遇改善加算	■	■	■					■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
介護職員処遇改善加算	■	■	■					■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
職員の処遇改善加算	■	■	■					■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
生活介護向い付	■	■	■					■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
生活介護向い付	■	■	■					■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
生活介護向い付	■	■	■					■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
生活介護向い付	■	■	■					■	■	■	■	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり

施設別訪問

すべての項目に■を表示

新設、変更で加算がある場合は「サービス提供体制強化加算に関する報告書」(課表38)を添付

老人福祉法に基づく届出（認可）

申請するサービス事業所の種類により、介護保険法による指定申請とは別に、老人福祉法に基づく届出が必要です。その場合、介護保険法による指定申請と同時に老人福祉法に基づく届出を行ってください。

なお、届出は宮城県への手続きとなります。

○老人福祉法に基づく届出（認可）等の概要

サービスの種類	必要な届出等
介護予防訪問介護相当サービス	老人居宅生活支援事業開始届
介護予防通所介護相当サービス （特養等他の施設と設備を共用するもの）	
介護予防通所介護相当サービス （単独で設置されるもの）	老人デイサービスセンター等設置届

消防法に基づく届出

老人性サービスセンターは、消防法の防火対象物の届け出が必要な施設ですので、管轄の消防署へ必要な手続きを行ってください。

建築基準法に基づく届出

老人デイサービスセンターは特殊建築物にあたりますので、手続きが必要な場合は手続きを行ってください。

15 人員基準及び設備基準の概要

通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）

※ 介護予防通所介護と同様の基準

① 人員基準

区分	職種・資格要件等	配置基準
管理者	なし	原則、常勤・専従1 ただし、事業所の管理上支障がない場合は以下の兼務可 ①当該事業所の他の職務 ②同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務
従業者	生活相談員 社会福祉法第19条第1項各号のいずれかに該当する者（社会福祉士、精神保健福祉士など）又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者	提供時間数に応じて専従1以上 （確保すべき勤務時間数の計算式） 提供日ごとに確保すべき勤務延時間数＝提供時間数 1人以上は常勤。
	看護師又は准看護師	単位ごとに専従1以上
	介護職員	提供する単位ごとに専従1以上、単位ごとに提供時間数及び利用者数から算出される確保すべき勤務延時間数を確保するのに必要な数以上 （確保すべき勤務延時間数） ・利用者数15人まで 単位ごとに確保すべき勤務延時間数＝平均提供時間 ・利用者数16人以上 単位ごとに確保すべき勤務延時間数＝ （（利用者数－15）÷5＋1）×平均提供時間数 ※平均提供時間数＝利用者ごとの提供時間数の合計÷利用者数 1人以上は常勤。

機能訓練指導員 理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士、看護職員、柔 道整復師又はあん摩マッサ ージ指圧師の資格を有する 者	1以上
(利用定員10人以下の場合) 介護職員 又は看護職員	単位ごとに介護職員又は看護職員を常時 1人以上従事させること

※生活相談員又は介護職員（利用定員10人以下の場合、介護職員又は看護職員）のうち

1人以上は常勤でなければならない。

※常勤の者が勤務する時間は週40時間（4週で160時間）が望ましい。

②設備基準

区分	基準
食堂及び機能訓練室	それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積が、 3㎡×利用定員以上。ただし、食事の提供及び機能訓練に支障がない広さを確保できる場合は、同一の場所とすることができる。
相談室	遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないように配慮されていること。
静養室、事務室	静養室及び事務室を有すること。
その他	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びにサービスの提供に必要なその他の設備及び備品等を備えること。
<p>設備については、専ら当該事業の用に供するものであること。 ただし、利用者に対するサービスの提供に支障がない場合は兼用可。 介護予防通所介護相当サービス事業所の設備を利用し、夜間及び深夜に介護予防通所介護相当サービス以外のサービスを提供する場合、当該サービスの内容を当該サービスの提供の開始前に市原市長に届け出るものとする。</p>	

(2) 生活相談員（居宅条例第91条、基準要綱第60条）

指定通所介護の単位の数にかかわらず、通所介護の提供を行う時間数（提供時間数）に応じて、専ら当該指定通所介護の提供に当たる生活相談員が1以上確保されるために必要と認められる数の配置が必要です。

※「提供時間数に応じて専ら通所介護の提供にあたる従業員を確保する」とは、当該職種の従業員がサービス提供時間内に勤務する時間数の合計を、事業所のサービス提供時間数で除して得た数が基準において定められた数以上となるよう、勤務延時間数を確保するものです。

例： サービス提供時間 9時～14時 5時間（1単位目）
13時～18時 5時間（2単位目）



<配置基準を満たす例>

生活相談員 A

生活相談員

勤務時間帯 9時～14時

勤務時間帯 10時～14時 15分

勤務延時間数
合計9時間15分

○ 事業所のサービス提供時間は9時～18時の9時間となり、AとBのサービス提供時間内の勤務時間が合計で9時間以上となっているため可

<配置基準を満たさない例>

生活相談員 A

生活相談員

勤務時間帯 8時～13時

勤務時間帯 14時～18時

勤務延時間数
合計8時間

○ 事業所のサービス提供時間は9時間となるが、AとBのサービス提供時間内の勤務時間が合計で9時間に満たないため不可。

通所介護事業における生活相談員の資格要件

介護保険法の指定（介護予防）通所介護における「生活相談員」の資格要件として規定される「社会福祉法第十九条第一項各号のいずれかに該当する者と同等以上の能力を有すると認められる者。」については、以下のとおりとする。

- ① 介護支援専門員
- ② 社会福祉士及び介護福祉士法第7条第4号により定められた指定施設において、通算して3年以上相談援助、看護、介護等の業務に従事した経験のあるもの。

- 「3年以上」とは、従事期間が1,095日以上かつ従事日数が540日以上であること。
 - ・ 従事日数…従業期間内において対象の業務に従事した日数（年次有給休暇、特別休暇、出張、研修等により実際に対象業務に従事しなかった日数を除く）
- 従事内容
 - ・ 相談援助業務…福祉に関する相談援助の業務。
 - ・ 看護業務…看護師及び准看護師による看護業務。
 - ・ 介護等の業務…身体又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと。