20-1）介護医療院(Ⅰ)・(Ⅱ)の開設許可申請における提出確認票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開設許可予定日 | 年　　月　　日 | | 施設名 |  | | |
| 申請担当者職・氏名 |  | | | | | |
| 申請に関する連絡先 | ＴＥＬ |  | | | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 必要事項 | **提出書類** | 申請者  ☑ 欄 | 説明、注意事項（＊） | 市☑欄 |
| .　. |
| １許可申請 | **許可申請書** | □ | 法人の所在地・名称、代表者の職名・氏名 |  |
| ２付表 | **付表第一号（十七）** | □  □  □  □ | ※前橋市HP掲載様式：付表１７  ＊短期入所療養介護を実施する場合は、付表１１も添付  ＊通所リハビリテーションを実施する場合は、付表７も添付  ＊訪問リハビリテーションを実施する場合は、付表４も添付 |  |
| ３開設者の登記事項証明書又は条例等 | **履歴事項全部証明書**  **（原本）** | □ | ＊当該事業を実施する旨の記載のあるもの  ＊申請日において発行から３月以内のもの  ＊履歴事項全部証明書（原本）に代えて、登記情報提供サービスにより発行された照会番号付きの会社・法人登記情報を提出することも可とする。この場合は、申請日において発行から100日以内のもの  ＊認可法人の場合は、法人設立認可証の写を添付  ＊条例の場合は公報の写を添付 |  |
| ４従業者の勤務体制及び勤務形態 | **勤務形態一覧表**  **（標準様式1\_10・介護医療**  **院用）** | □ | 管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（４週間分）  ＊確保した従業者のみ記載（仮配置は不可）  ＊複数の職種で勤務する職員については、職種ごとに別々の行に記載すること  ＊時間外勤務は、勤務時間数に含めないこと  ＊通所リハビリテーションを実施する場合は、通所リハビリテーション分を別個に作成  ＊訪問リハビリテーションを実施する場合は、訪問リハビリテーション分を別個に作成 |  |
| **【人員に関する基準（介護医療院）】**  **１．介護医療院（Ⅰ）**  ①管理者（施設長）［常勤・専従］  ②医師◇  [常勤換算方法で、入所者の数を48で除した数以上]  [その数が3に満たないときは3とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。]  ③薬剤師◇  ［入所者の数を150で除した数以上］  ④看護職員◇  ［常勤換算方法で、入所者の数を６で除した数以上］  ⑤介護職員  ［常勤換算方法で、入所者の数を５で除した数以上］  ⑥理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇  ［実情に応じた適当数］  ⑦栄養士又は管理栄養士◇  ［1以上（入所定員100人未満の場合は、努力義務）］  ⑧介護支援専門員◇  ［常勤・専従］［１以上（入所者数が100又はその端数を増すごとに１を標準とする）］  ⑨診療放射線技師  ［実情に応じた適当数］  ⑩その他の従業者 |
|  |  | **２．介護医療院（Ⅱ）**  ①管理者（施設長）［常勤・専従］  ②医師◇  [常勤換算方法で、入所者の数を100で除した数以上]  [その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は１として計算する。]  ③薬剤師◇  ［入所者の数を300で除した数以上］  ④看護職員◇  ［常勤換算方法で、入所者の数を６で除した数以上］  ⑤介護職員  ［常勤換算方法で、入所者の数を６で除した数以上］  ⑥理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇  ［実情に応じた適当数］  ⑦栄養士又は管理栄養士◇  ［1以上（入所定員100人未満の場合は、努力義務）］  ⑧介護支援専門員◇  ［常勤・専従］［１以上（入所者数が100又はその端数を増すごとに１を標準とする）］  ⑨診療放射線技師  ［実情に応じた適当数］  ⑩その他の従業者 |
| **勤務形態一覧表**  **（標準様式1\_05・通ﾘﾊ用）** | □ | **【人員に関する基準（通所リハビリテーション）】**  **１．単位ごとに、利用者数が10人以下の場合**  ①管理者  ②医師◇［常勤専任１以上］  ③理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇、看護職員◇又は介護職員  　 [単位ごとに１以上。提供時間を通じて専従。]  [理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、単位ごとに、利用者数が100又はその端数を増すごとに１以上]  ④その他の従業者  **２．単位ごとに、利用者数が11人以上の場合**  ①管理者  ②医師◇[常勤専任１以上]  ③理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇、看護職員◇又は介護職員  　 [単位ごとに、利用者数を10で除した数以上。提供時間を通じて専従。]  　 [理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、単位ごとに、利用者数が100又はその端数を増すごとに１以上]  ④その他の従業者 |
| **勤務形態一覧表**  **（標準様式1\_11・汎用）** | □ | **【人員に関する基準（訪問リハビリテーション）】**  ①管理者  ②理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇  ［適当数］  ③その他の従業者 |
| **資格を証するものの写**  **※人員基準にかかるものに限る** | □ | ＊資格等が必要な職種（◇印）は、該当資格証等の写を、勤務形態一覧表に氏名を記載した順に揃えて提出  ◇医師：医師免許証の写  ◇薬剤師：薬剤師免許証の写  ◇看護職員：看護師免許証・准看護師免許証の写  ◇理学療法士：理学療法士免許証の写  ◇作業療法士：作業療法士免許証の写  ◇言語聴覚士：言語聴覚士免許証の写  ◇栄養士：栄養士免許証・管理栄養士免許証の写  ◇介護支援専門員：介護支援専門員登証の写(顔写真が入ったもの） |  |
| **兼務先の勤務形態一覧表**  **（標準様式１\_XX・いずれか該当サービス）** | □ | ＊兼務者がいる場合に添付  ＊本指定申請にかかる事業所の勤務形態一覧表「兼務状況欄」に、兼務先／兼務する職務の内容・勤務時間等を記載することで省略可能 |  |
| ５介護支援専門員 | **介護支援専門員の氏名及びその登録番号**  **（介護支援専門員一覧**  **標準様式７）** | □ | ＊介護支援専門員業務を行っている者のみ記載  ＊登録番号欄には、平成18年４月の法改正に伴い付された登録番号を記載 |  |
| ６敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図 | **敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図** | □ |  |  |
| ７建物の構造概要及び平面図 | **平面図**  **（標準様式３）** | □ | 建物全体の平面図及び当該事業に関する平面図  ＊設備基準上の名称を付記したうえで、各室の呼称、面積要件のある設備は面積を明示したもの  ＊Ａ４版又はＡ３版のもの  ＊専有部分と他事業との共有部分を色分けし、共有部分については、どの事業との共有であるか明記 |  |
| ８施設及び構造設備の概要 | **設備・備品等一覧表**  **（標準様式４）** | □ | ＊次の設備について、内法面積を記載  ＊介護医療院の療養室・機能訓練室・食堂、通所リハビリテーションを行うためのスペースについては、実測値及び面積計算式を記入  ＊各室の名称を平面図と一致させること  ＊通所リハビリテーションを実施する場合は、通所リハビリテーションの設備についても記載  ＊訪問リハビリテーションを実施する場合は、訪問リハビリテーションの設備についても記載 |  |
| **【設備に関する基準（介護医療院）】**  ①療養室［定員４人以下］［１人当たり８㎡以上］  ②診察室  ③処置室  ③機能訓練室［４０㎡以上］  ④談話室  ⑤食堂［入所定員×１㎡以上］  ⑥浴室  ⑦レクリエーション・ルーム  ⑧洗面所  ⑨便所  ⑩サービス・ステーション  ⑪調理室  ⑫洗濯室又は洗濯場  ⑬汚物処理室  ⑭事務室その他の運営上必要な設備  ⑮廊下幅［片廊下1.8ｍ以上、中廊下2.7ｍ以上］  ⑯消火設備その他の非常災害に際して必要な設備 |
| **【必要な設備（通所リハビリテーション）】**  ①通所リハビリテーションを行うためのスペース  ［利用定員×３㎡以上（内法）］  ②浴室（入浴介助加算を算定する場合）  ③リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具  ④消火設備その他の非常災害に際して必要な設備  ⑤その他の設備 |
| **【必要な設備（訪問リハビリテーション）】**  ①事務室  ②利用申込の受付、相談等に対応するスペース |
| ９併設する施設の概要 | **併設する施設の概要**  **（参考様式２）** | □ | ＊併設する施設（病院、診療所、居宅サービス事業所、障害者施設等）がある場合に添付 |  |
| 10共用部分における利用計画 | **施設を共用する場合の利用計画**  **（参考様式３）** | □ | ＊他事業との共用部分がある場合に添付 |  |
| 11敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図 | **敷地の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図**  **（公図）** | □ |  |  |
| 12運営規程 | **運営規程**  **（介護医療院）** | □ | ＊次の内容について、具体的かつわかりやすく記載 |  |
| **【介護医療院】**  ①施設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入所定員  ④入所者に対する介護医療院サービスの内容及び利用料その他の費用の額  ＊利用料その他の費用の額については、料金表にする等、具体的に記載  ＊法定代理受領でない場合の利用料や「その他の費用の額」として徴収が認められている額等も記載  ⑤施設の利用に当たっての留意事項  ⑥非常災害対策  ⑦虐待の防止のための措置に関する事項  ⑧その他施設の運営に関する重要事項  ＊身体拘束の際の手続、医師の宿直の有無（無の場合はその事由）、研修、秘密保持等 |
| **運営規程**  **（短期入所療養介護）** | □ | **【短期入所療養介護】**  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  ＊利用料その他の費用の額については、料金表にする等、具体的に記載  ＊法定代理受領でない場合の利用料や「その他の費用の額」として徴収が認められている額等も記載  ④通常の送迎の実施地域  ＊客観的に特定できるように記載  ⑤施設利用に当たっての留意事項  ⑥非常災害対策  ⑦虐待の防止のための措置に関する事項  ⑧その他運営に関する重要事項  ＊身体拘束の際の手続、研修、秘密保持等 |
| **運営規程**  **（通所リハビリテーション）** | □ | **【通所リハビリテーション】**  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  （事業所の開いている日・時間）  ＊年間の休日などを明確に記載  ＊サービス提供日・時間が異なる場合は、別に具体的に記載  ＊延長サービスを行う場合は、延長サービスを行う時間を明記  ④指定（介護予防）通所リハビリテーションの利用定員  ⑤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  ＊利用料その他の費用の額については、料金表にする等、具体的に記載  ＊法定代理受領でない場合の利用料や「その他の費用の額」として徴収が認められている額等も記載  ⑥通常の事業の実施地域  ＊客観的に特定できるように記載  ⑦サービス利用に当たっての留意事項  ⑧非常災害対策  ⑨虐待の防止のための措置に関する事項  ⑩その他運営に関する重要事項  ＊研修、秘密保持等 |
| **運営規程**  **（訪問リハビリテーション）** | □ | **【訪問リハビリテーション】**  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  （事業所の開いている日・時間）  ＊年間の休日などを明確に記載  ＊サービス提供日・時間が異なる場合は、別に具体的に記載  ④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  ＊利用料その他の費用の額については、料金表にする等、具体的に記載  ＊法定代理受領でない場合の利用料や「その他の費用の額」として徴収が認められている額等も記載  ⑤通常の事業の実施地域  ＊客観的に特定できるように記載  ⑥虐待の防止のための措置に関する事項  ⑦その他運営に関する重要事項  ＊研修、秘密保持等 |
| 13入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | **利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（標準様式５）** | □ | ＊次の事項について、具体的かつわかりやすく記載  ①施設として、入所者等からの相談・苦情等に対応する常設の窓口（連絡先・受付時間）・担当者の設置  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 |  |
| 14協力医療機関との契約内容 | **協力医療機関との契約書又は協定書の写** | □ | 入所者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に連絡する協力医療機関（協力歯科医療機関を含む）と、あらかじめ取り交わしたもの |  |
| 15誓約書 | **誓約書（標準様式６）** | □ | 介護保険法の欠格事由に該当しない旨の誓約書  ＊短期入所療養介護、通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施する場合は、居宅サービス・介護予防サービス分の誓約書も添付 |  |
| 16介護報酬体制等に関する届出 | **介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙２）** | □ |  |  |
| **介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙１）** | □ | ＊短期入所療養介護、通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施する場合は、各サービスの一覧表を添付 |  |
| **規模別報酬区分一覧表**  **（通所リハビリテーション用）** | □ | ＊通所リハビリテーションを実施する場合に添付 |  |
| **介護職員等処遇改善加算等計画書** | □ | ＊申請と同時に算定する場合 |  |
| **該当体制等に係る別紙、添付書類** | □ |  |  |
| 17提出書類の確認 | **提出確認票** | □ | 本票  ＊電子申請システムから申請する際は提出不要 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 他法令 | **確　認　事　項** | **申請者**  **確認欄** |
| 建築基準法に適合しているか  （既存建物を使用する場合でも、用途変更の手続きや改修工事が必要となる場合がある） | □ |
| 消防法に適合しているか | □ |
| その他 | 賠償責任保険に加入し、対人対物その他業務にかかる事故が発生した際は保険での対応が可能である　（指定前に行なう現地確認の際に、保険証書を確認します） | □ |
| 申請の際に手数料を納付する旨、納付済みの手数料は、申請を取り下げる場合でも返金されない旨を承諾する　（納入通知書は、申請書類が全て整い次第お渡しします） | □ |

※　書類は、特段の定めがない限り、原則として日本工業規格Ａ４型とします。

※　**すべての書類が確認できない場合は、開設許可申請の受付ができません。**

※　受付後、書類の補正、追加提出をお願いすることがあります。

**◎感染症防止対策等により、開設許可にあたっての現地確認ができない場合には、施設・設備・備品等の**

**写真を求める場合があります。**

＜提出の必要な写真等＞

　　＊事業所の外観（建物全体）が確認できるもの

＊必要な設備・備品等が確認できるもの

＊各写真についての説明を記載　（例：○○室）

＊平面図に撮影方向を矢印で明示