地域密着型通所介護の指定申請における提出確認票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開始（指定）予定日 | 年　　月　　日 | | 事業所名 |  | | |
| 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  確認 | 説明、注意事項（＊） | 前橋市介護保険課確認 | |
| ． ． | ． ． |
| １指定申請 | **指定申請書** | □ | 法人の所在地・名称、代表者の職名・氏名 |  |  |
| ２付表 | **付表９** | □ |  |  |  |
| ３申請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 |  |  |
| **法人設立認可証の写** | □ | ＊認可法人の場合に添付 |  |  |
| **公報の写** | □ | ＊条例の場合に添付 |  |  |
| ４従業者の勤務体制及び勤務形態 | **勤務形態一覧表**  **（参考様式１・通所系用）** | □ | 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）  ＊単位ごとに作成 |  |  |
| **【人員に関する基準】**  **１．単位ごとに、利用定員１１人以上の場合**  ①管理者［常勤・専従］  ②生活相談員◇  ［提供日ごとに、（生活相談員のサービス提供時間内の勤務時間数の合計）÷（サービス提供時間）が１以上］  ③看護職員◇  ［単位ごとに専従１以上］  ［病院、診療所又は訪問看護ステーションとの連携により確保することも可］  提供日ごとに２時間以上かつ必要時間数以上  ④介護職員  ［単位ごとに常時１以上。サービス提供時間数に応じた配置が必要。（注1※確保すべき勤務延時間数は、一定の計算式により算出）］  ⑤機能訓練指導員◇［１以上］  ⑥生活相談員及び介護職員のうち常勤１以上  ⑦その他の従業者  **２．単位ごとに、利用定員１０人以下の場合**  ①管理者［常勤・専従］  ②生活相談員◇  ［提供日ごとに、（生活相談員のサービス提供時間内の勤務時間数の合計）÷（サービス提供時間）が１以上］  ③介護職員又は看護職員◇  ［単位ごとに常時１以上。サービス提供時間数に応じた配置が必要。（注１※確保すべき勤務延時間数は、一定の計算式により算出）］  ④機能訓練指導員◇［１以上］  ⑤生活相談員、介護職員又は看護職員  ［うち常勤１以上］  ⑥その他の従業者 |
| **資格を証するものの写** | □ | ＊資格等が必要な職種（◇印）は、該当資格証等の写を、氏名を記載した順に揃えて提出  ◇生活相談員：社会福祉主事の任用資格を有することの証明、社会福祉士登録証・精神保健福祉士登録証・介護福祉士登録証の写、同等以上の能力を有することの証明（実務経験証明書）  ◇看護職員：看護師免許証・准看護師免許証の写（事業所の職員の場合のみ添付）  ◇機能訓練指導員：理学療法士免許証・作業療法士免許証・言語聴覚士免許証・看護師免許証・准看護師免許証・柔道整復師免許証・あん摩マッサージ指圧師免許証・はり師免許証・きゅう師免許証の写 |  |  |
| **事業所の組織体系図** | □ | ＊兼務者がいる場合は、兼務先の事業所・職務内容等がわかるように記載 |  |  |
| **法人の組織体系図** | □ | ＊事業所名、所在地を記載 |  |  |
| **兼務先の勤務形態一覧表** | □ | ＊兼務者がいる場合に添付 |  |  |
| **医療機関との協定書の写** | □ | ＊看護職員について、病院、診療所又は訪問看護ステーションとの連携により確保する場合に添付 |  |  |
| ５生活相談員  ★生活相談員が社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士又は介護福祉士以外の場合 | **生活相談員経歴書**  **（参考様式２）** | □ | 生活相談員の住所、氏名、電話番号、生年月日、最終学歴以降の経歴、当該事業に関する資格等  ＊生活相談員就任、兼務状況もわかるように記載  ＊介護関係の職歴については、法人名、事業所名、サービス名等を記載 |  |  |
| **生活相談員実務経験証明書（参考様式）** | □ |  |  |  |
| ６機能訓練指導員  ☆機能訓練指導員がはり師又はきゅう師の場合 | **機能訓練指導員経歴書**  **（参考様式２）** | □ | 機能訓練指導員の住所、氏名、電話番号、生年月日、最終学歴以降の経歴、当該事業に関する資格等  ＊機能訓練指導員就任、兼務状況もわかるように記載  ＊介護関係の職歴については、法人名、事業所名、サービス名等を記載 |  |  |
| **機能訓練指導員実務経験証明書（参考様式９）** | □ |  |  |  |
| ７事業所の平面図及び設備の概要 | **平面図**  **（参考様式３）** | □ | 建物全体の平面図及び当該事業に関する平面図  ＊各室の名称・面積を明示したもの  ＊Ａ４版又はＡ３版のもの  ＊専有部分と他との共有部分を色分け |  |  |
| **【設備に関する基準】**  ◆専用の事業所（１の建物につき１の事業所）  ◆食堂及び機能訓練室  ［利用定員×３㎡以上（内法）］  ＊当該部分の実測値及び面積計算式を記入  ◆静養室  ◆相談室（相談内容が漏洩しないように配慮）  ◆事務室  ◆浴室（入浴介助体制加算を算定する場合）  ◆消防設備その他の非常災害に際して必要な設備  ◆その他の設備 |
| **備品一覧表** | □ |  |  |  |
| ８運営規程 | **運営規程** | □ | ＊次の内容について、具体的かつわかりやすく記載  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指定地域密着型通所介護の利用定員  ⑤指定地域密着型通所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  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緊急時等における対応方法  ⑨非常災害対策  ⑩虐待の防止のための措置に関する事項  ⑪その他運営に関する重要事項  ＊研修、秘密保持等 |  |  |
| ９利用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（参考様式６）** | □ | ＊次の事項について、具体的かつわかりやすく記載  ①事業者として、利用者等からの相談・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 |  |  |
| 10誓約書 | **誓約書** | □ | 介護保険法の欠格事由に該当しない旨の誓約書 |  |  |
| 11その他指定に関し必要と認める事項 | **年間行事計画** | □ | 外出行事、イベント等 |  |  |
| **損害賠償発生時に対応が可能であることがわかる書類（保険証書の写等）** | □ | ＊当該事業所・サービスが対象となることを確認できるもの  ＊保険証書を用意できない場合は、申込書及び領収書の写を添付 |  |  |
| **運営推進会議の構成員**  **（参考様式１１）** | □ | 氏名、構成区分及び職名等を記載  ＊構成区分：  利用者・利用者の家族・地域住民の代表者・当該事業について知見を有するもの  ＊市の職員または地域包括支援センターの職員については個人名は記載せず、構成区分に「市の職員」、職名等に「介護保険課長（地域包括支援センター長）」と記載  ＊運営推進会議の開催月を記載 |  |  |
| 12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** | □ |  |  |  |
| **介護給付費算定に係る体制等状況一覧表** | □ |  |  |  |
| **該当体制等に係る別紙、添付書類** | □ |  |  |  |
| 13手数料納付 | **納入通知書兼領収書の写** | □ | （他の書類がすべて整い次第、納入通知書をお渡しします。） |  |  |
| 14老人福祉法に基づく届出 | **老人居宅生活支援事業開始届** | □ |  |  |  |
| **老人デイサービスセンター設置届** | □ |  |  |  |
| **土地及び建物に係る権利関係を明らかにすることができる書類** | □ | ＊登記事項証明書、賃貸借契約書等 |  |  |
| 15宿泊サービスに関する届出 | **宿泊サービスの実施に関する開始届出書** | □ | ＊指定地域密着型通所介護事業所の設備を利用した、夜間及び深夜の宿泊サービス（いわゆる、お泊まりデイサービス）を提供する場合に添付 |  |  |
| 16提出書類の確認 | **提出確認票** | □ | 本票 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | □ |

**注１※確保すべき介護職員の勤務延時間数の計算式**

・利用者数１５人以下

単位ごとに確保すべき勤務延時間数＝平均提供時間数

・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

※　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、指定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。

**◎指定にあたって、感染症防止対策等により、現地確認できない場合は、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）及び必要な設備・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