20-2）介護医療院（医療機関併設型医療院(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  確認 | 説明、注意事項（＊） | 前橋市介護保険課確認 | |
| ． ． | ． ． |
| 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１５** | □  □  □ | ＊短期入所療養介護を実施する場合は、付表９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 |  |  |
| 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 |  |  |
| **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・施設系用）** | □ | 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）  ＊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 |  |  |
| **【人員に関する基準】**  **１．医療機関併設型介護医療院（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]  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が標準）］  ⑨診療放射線技師  ［併設施設に配置されている放射線技師により適正なサービスを確保できる場合は、配置しないことができる］  ⑩その他の従業者  　　［併設施設に配置されている職員や業務委託により適正なサービスを確保できる場合は、配置しないことができる］  **２．医療機関併設型介護医療院（Ⅱ）**  ①管理者（施設長）［常勤・専従］  ②医師◇  [常勤換算方法で、入所者の利用者の数を100で除した数以上]  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◇  ［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が標準）］  ⑨診療放射線技師  ［併設施設に配置されている放射線技師により適正なサービスを確保できる場合は、配置しないことができる］  ⑩その他の従業者  ［併設施設に配置されている職員や業務委託により適正なサービスを確保できる場合は、配置しないことができる］ |
| **勤務形態一覧表**  **（参考様式１・通所系用）** | □ | **【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名以上の場合**  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 |
| **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  ◇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） |  |  |
| **施設の組織体系図** | □ | ＊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 |  |  |
| ５介護支援専門員 | **介護支援専門員名簿**  **（参考様式８）** | □ | ＊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管理者 | **管理者経歴書**  **（参考様式２又は履歴書）** | □ | 管理者の住所、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  ＊管理者就任、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 |  |  |
| ７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** | □ |  |  |  |
| ８建物の構造概要及び平面図 | **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 |  |  |
| ９施設及び構造設備の概要 | **部屋別施設一覧表**  **（参考様式４）** | □ | ＊次の設備について、内法面積を記載  ＊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  ＊介護老人保健施設の療養室・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 |  |  |
| **【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消防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の機械及び器具  ④消防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 |
| 10併設する施設の概要 | **併設施設の概要**  **（参考様式Ａ）** | □ | ＊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 |  |  |
| 11共用部分における利用計画 | **共用部分における利用計画の概要（参考様式Ｂ）** | □ | ＊他事業との共用部分がある場合に添付 |  |  |
| 12運営規程 | **運営規程**  **（介護医療院）** | □ | ＊短期入所療養介護又は通所リハビリテーションを実施する場合は、事業ごとに作成  ＊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、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、員数及び職務内容  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  ＊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、料金表にするなどして、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 |
| 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（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協力病院との契約内容 | **協力病院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病院（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** | □ | 介護保険法の欠格事由に該当しない旨の誓約書  ＊短期入所療養介護又は通所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その他指定に関し必要と認める事項 | **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）** | □ | ＊当該施設が対象となることを確認できるもの  ＊保険証書の写が用意できない場合は、申込書及び領収書の写を添付 |  |  |
| 17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** | □ | ＊短期入所療養介護又は通所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 |  |  |
| **該当体制等に係る別紙、添付書類** | □ |  |  |  |
| 18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。） |  |  |
| 19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** | □ | ＊指定通所リハビリテーション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 |  |  |
| 20その他 |  | □ | パンフレット等 |  |  |
| 21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 | □ |

※　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。

**◎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）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

＊平面図に撮影方向を矢印で明示