15-2）介護老人保健施設（ユニット型）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１４** | □□□ | ＊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個別に作成 |  |  |
| **【人員に関する基準（介護老人保健施設）】**①管理者（施設長）［常勤・専従］②医師◇［常勤１人以上］［常勤換算方法で、入居者数を100で除した数以上］③薬剤師◇［入居者数を300で除した数以上が標準］④看護職員◇又は介護職員［常勤換算方法で、入居者数が３又はその端数を増すごとに１以上］［看護職員の員数は、看護・介護職員の総数の２/７程度が標準］［介護職員の員数は、看護・介護職員の総数の５/７程度が標準］⑤支援相談員◇［１以上（入居者数が100を超える場合は、常勤１名に加え、常勤換算方法で、100を超える部分を100で除した数以上）］⑥理学療法士◇、作業療法士◇、言語聴覚士◇［常勤換算方法で、入居者数を100で除した数以上］⑦栄養士又は管理栄養士◇［常勤１人以上（入居定員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（入居者数が100又はその端数を増すごとに１が標準）］⑨その他の従業者 |
| **【ユニット型における運営に関する基準】**介護職員又は看護職員について①昼間は、ユニットごとに常時１以上配置②夜間は、２ユニットごとに常時１以上配置③ユニットごとに、常勤のユニットリーダー◇を配置

|  |  |
| --- | --- |
| ユニット数 | ユニットケアリーダー研修修了者数 |
| ２ユニット以下 | １名以上 |
| ３ユニット以上 | ２名以上 |

 |
| **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◇支援相談員：保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有することを証するものの写◇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）◇ユニットリーダー：ユニットケアリーダー研修修了証の写 |  |  |
| **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（介護老人保健施設）】**①ユニット［定員10人以下］　Ⅰ療養室［定員１人］［10.65㎡以上］　Ⅱ共同生活室［２㎡×ユニット定員以上］　Ⅲ洗面所　Ⅳ便所②診察室③機能訓練室［入居定員×１㎡以上］④浴室⑤サービス・ステーション⑥調理室⑦洗濯室又は洗濯場⑧汚物処理室⑨事務室その他の運営上必要な設備⑩廊下幅［片廊下1.8ｍ以上、中廊下2.7ｍ以上］⑪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****（介護老人保健施設）** | □ | ＊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 |  |  |
| **【介護老人保健施設】**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入居定員④ユニットの数及びユニットごとの入居定員⑤入居者に対する介護保健施設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⑥施設の利用に当たっての留意事項⑦非常災害対策⑧虐待の防止のための措置に関する事項⑨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入居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、入居者等からの相談・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** | □ | 入居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