定期巡回・随時対応型訪問介護看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７－１** | □ | ＊事業所所在地以外の場所で一部実施する場合は、付表７－２も添付 |  |  |
| 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）** | □ | 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 |  |  |
| **【人員に関する基準】**  ①管理者［常勤・専従］  ②オペレーター[専従]◇  ［１人は常勤かつ看護師・介護福祉士等の有資格者］  ③定期巡回サービスを行う訪問介護員等◇  ［サービス提供に必要な数］  ④随時訪問サービスを行う訪問介護員等◇  ［提供時間を通じて１以上］  ⑤訪問看護サービスを行う看護師等◇（一体型事業所の場合）  ［保健師・看護師・准看護師は常勤換算方法で2.5以上］  [１以上は常勤]  ＊１人以上は提供時間帯を通じて連絡体制を確　保  [理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は適当数]  ⑥計画作成責任者◇  　　＊看護師・介護福祉士等の有資格者から１人以上を選任  ⑦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  ◇オペレーター：  社会福祉士登録証・介護福祉士登録証・看護師免許証・准看護師免許証・医師免許証・保健師免許証・介護支援専門員登録証の写、１年以上（初任者研修課程修了者等の場合は３年以上）サービス提供責任者として従事した経験を有することの証明（実務経験証明書）  ◇訪問介護員等：  介護福祉士登録証の写、介護職員基礎研修課程修了証・介護職員実務者研修修了証・訪問介護員養成研修１級課程修了証・訪問介護員養成研修２級課程修了証・介護職員初任者研修課程修了証の写  ◇看護師等：  看護師免許証・准看護師免許証・理学療法士免許証・作業療法士免許証・言語聴覚士免許証の写 |  |  |
| **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 |  |  |
| ５管理者 | **管理者経歴書**  **（参考様式２-１）** | □ | 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 |  |  |
| ６オペレーター  ★オペレーターが社会福祉士、介護福祉士、看護師、准看護師、医師、保健師、介護支援専門員以外の場合 | **オペレーター**  **実務経験証明書**  **（参考様式２－２）** | □ |  |  |  |
| 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】**  ◆利用者の心身の状況等の情報を蓄積できる機器等  ◆随時適切に利用者からの通報をうけることができる通信機器等  ◆オペレーターに通報できる端末機器等 |
| **設備・備品一覧表**  **（参考様式５）** | □ |  |  |  |
| 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  ＊営業日は３６５日、営業時間は２４時間と記載  ④指定定期巡回・随時対応型訪問介護看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  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緊急時等における対応方法  ⑦合鍵の管理方法及び紛失した場合の退所方法  ⑧虐待の防止のための措置に関する事項  ⑨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７）** | □ | ＊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連携する訪問看護事業所 | **訪問看護事業所との連携協定書の写** | □ | ＊連携型事業所の場合に添付 |  |  |
| 12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 |  |  |
| **介護・医療連携推進会議の構成員**  **（参考様式１２）** | □ | 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・地域の医療関係者・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  ＊介護・医療連携推進会議の開催月を記載 |  |  |
| 13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** | □ |  |  |  |
| 14手数料納付 | **納入通知兼領収書の写** | □ | （他の書類がすべて整い次第、納入通知書をお渡しします。） |  |  |
| 15老人福祉法に基づく届出 | **老人居宅生活支援事業開始届** | □ |  |  |  |
| 16提出書類の確認 | **提出確認票** | □ | 本票 |  |  |

※　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