



指定更新の手引き



◆介護療養型医療施設

(※介護療養型医療施設の指定に係る「みなし指定」の)

◆短期入所療養介護

◆介護予防短期入所療養介護

「介護療養型医療施設」及びみなし指定の「(介護予防)短期入所療養介護」が指定日(前回の指定更新日)から6年ごとの指定更新を受けようとする場合は、下記の「7提出書類」に記載する申請書等を岡山市事業者指導課へ提出する必要があります。

1 介護療養型医療施設の指定

介護療養型医療施設については、平成24年4月1日以後、新規指定は行われませんが、同日の時点で指定を受けているものについては、平成36年3月31日までの間、なおその効力を有するとされています。(介護予防)短期入所療養介護のみなし指定に関しても同様です。

よって、この手引きでは、介護療養型医療施設及びみなし指定の(介護予防)短期入所療養介護の「指定更新のみ」を対象としています。

2 指定更新の事務の流れ

申請書等受付

→ 審査

→ 指定更新通知

(更新予定日の前々月末日まで)

(約1ヶ月)

(1日付で指定更新)

3 提出期限・提出方法について

【提出期限】指定更新予定日の前々月の末日

(例) 4月1日から指定更新を受ける場合は、2月末日が提出期限。

※ただし、末日が閉庁日の場合は、翌開庁日が提出期限となります。

【提出方法】持参又は郵送

4 提出先

〒700-0913

岡山市北区大供三丁目1-18 KSB会館4階

岡山市 保健福祉局 高齢福祉部 事業者指導課 施設係

TEL:086-212-1014 FAX:086-221-3010

メールアドレス:ji-shidou@city.okayama.lg.jp

5 (介護予防) 短期入所療養介護のみなし指定

介護療養型医療施設の指定更新があったときに、(介護予防)短期入所療養介護についても指定更新があったとみなされますので指定更新の申請は不要ですが、介護療養型医療施設の指定更新の際に、下記の「6 提出書類」に記載の(介護予防)短期入所療養介護に係るものについては併せて提出が必要です。

また、次の場合は、(介護予防)短期入所療養介護の新規の指定の申請が必要となりますので、(介護予防)短期入所療養介護の指定申請・指定更新申請の手引きをご覧ください。

- ・介護療養型医療施設の指定は受けていない(辞退した)が、(介護予防)短期入所療養介護を行おうとする場合
- ・既に療養病床について(介護予防)短期入所療養介護の指定を受けている診療所において、新たに一般病床について(介護予防)短期入所療養介護を行おうとする場合

6 その他の主な手続き

①生活保護法上の指定

- ・平成26年7月1日以降は、生活保護法第54条の2第2項の規定により、介護保険法の規定による指定がなされた場合には、生活保護法の指定介護機関として指定を受けたものとみなされます。

生活保護法の指定介護機関としての指定が不要な場合には、別途、申出書を下記の担当課へご提出ください。

◇岡山市保健福祉局 障害・生活福祉部 生活保護・自立支援課 医療扶助適正化係
電話：(086)803-1244

②業務管理体制に関する届出

- ・事業者として初めて介護サービス事業所等の指定を受けた場合は、「業務管理体制に関する届出」が必要です。

7 提出書類

(1) 指定更新申請に必要な書類

「介護療養型医療施設」の指定更新申請を行うためには、下記の書類が必要となります。
※申請に当たっては、下記一覧表の番号順に並べてご提出ください。

【重要】※申請者の控えとして、申請書類一式の写しを必ず保管してください。

【指定(更新)申請書類一覧表】

| | 必要書類 | 備考 |
|---|---|--------------------------|
| ① | <input type="checkbox"/> 指定(更新)申請に係る提出書類チェックシート | |
| ② | <input type="checkbox"/> 指定・指定(更新)申請書 | 様式第1号 |
| ③ | <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(病院) | 付表16-1 (その1) (その2) |
| ④ | <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(診療所) | 付表16-2 |

| | | |
|----|--|--------|
| 5 | <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護の指定に係る記載事項 | 付表 9 |
| 6 | <input type="checkbox"/> 法人の登記事項証明書又は条例等 | 原本 |
| 7 | <input type="checkbox"/> 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 岡山市様式 |
| 8 | <input type="checkbox"/> 資格証等の写し | 写し |
| 9 | <input type="checkbox"/> 雇用契約書等の写し | 写し |
| 10 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員一覧表 | 参考様式 |
| 11 | <input type="checkbox"/> 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 |
| 12 | <input type="checkbox"/> 建物登記事項証明書 (又は賃貸借契約書の写し) | 原本又は写し |
| 13 | <input type="checkbox"/> 損害賠償への対応が可能であることがわかる書類 | 写し |
| 14 | <input type="checkbox"/> 当該申請に係る誓約書 | 岡山市様式 |

※上記の書類のほかに、必要に応じて追加資料を求める場合があります。

※上記の 6 は、施設 (事業所) が法人以外の者の開設する病院又は診療所である場合は不要です。

(2) 申請書類の記載上の留意事項

以下の事項にご留意の上、各様式等に必要事項を記載してください。

1 指定 (更新) 申請に係る提出書類チェックシート

※今回提出する書類の該当箇所に「○」を付すこと。

2 指定・指定 (更新) 申請書 (様式第 1 号)

| 記載項目 | | 記載上の留意事項 |
|------|---------------------------------------|---|
| 申請者欄 | ● 法人の種別 | ・ 「株式会社、社会福祉法人、医療法人」等の区別を記載すること。 |
| | ● 法人所轄庁 | ・ 申請者が、行政庁 (大臣、都道府県知事等) の許認可等を受けて設立された法人である場合は、その所管庁を記載すること。 ※営利法人 (株式会社、合同会社等) の場合は記載不要。 |
| | ● 代表者の職名 ・ 氏名・生年 月日 ● 代表者の住所 | ・ 【法人代表者の職名 (「代表取締役」、「理事長」、「代表社員」等)】 【氏名】、【生年月日】、【代表者の住所 (自宅の住所)】を記載すること。 |

| | | |
|---------------|--|---|
| 申請する事業所等欄 | <p>【事業所等の】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●名称 ●所在地（開設場所） ●連絡先 | <ul style="list-style-type: none"> ・指定を受けようとする施設（事業所）の名称、所在地（開設場所）電話（FAX）番号を記載すること。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ※「付表9」、「付表16-1（又は16-2）」、「運営規程」の記載内容と一致しているか確認すること。 </div> |
| 申請する事業・施設の種類欄 | ●実施事業 | <p>同一所在地において</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【今回申請する事業】に該当する欄に「◎」を記入。 ・【既に指定等を受けている事業】、【同時に申請する事業】に該当する欄に「○」を記入。 ・【指定があったとみなされる事業】に該当する欄に「みなし」と記入。 |
| | ●指定・指定申請をする事業等の事業開始（開設）予定年月日 | <p>同一所在地において</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【今回申請する事業】及び【同時に申請する事業】の事業開始予定年月日（申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日）を記入。 <p>※指定更新申請の場合は記入しないこと。</p> |
| | ●現に指定・指定（更新）を受けている事業等 | <p>指定・指定（更新）年月日 欄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【今回、更新の申請をする事業】及び【同一所在地において既に指定（指定）を受けている事業】の「指定（指定）年月日（更新している場合は指定更新年月日）」を記入。 <p>有効期間満了日 欄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【今回、更新の申請をする事業】の有効期間満了日を記入。 <p>※新規申請の場合は記入しないこと。</p> |
| | ●介護保険事業所番号 | <ul style="list-style-type: none"> ・指定更新申請の場合に「33」から始まる10桁の番号を記入。 <p>※新規申請の場合は空欄とすること。</p> |
| | ●医療機関コード等 | <ul style="list-style-type: none"> ・現に医療機関コード等が付番されている場合に記載すること。 |

3-1 付表16-1 (その1) (介護療養型医療施設の指定に係る記載事項 (病院による場合))

| 記載項目 | | 記載上の留意事項 |
|-----------|---|---|
| 施設 | <ul style="list-style-type: none"> ● 名称 ● 所在地 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 指定を受けようとする施設の名称及び所在地を記載。 ※ 「(上記の)様式第1号」、「運営規程」の記載内容と一致しているか確認すること。 |
| 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ● 氏名・住所・生年月日 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者の氏名、生年月日、住所、郵便番号を記載する。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 当該病院で兼務する他の職種 (兼務の場合記入) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当該病院で他の職務を兼務する場合は、その「兼務する職種」を記載する。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 同一敷地内の他の事業所 (施設) の職務を兼務する場合は、その「事業所等の名称」、「兼務する職種及び勤務時間」を記載する。 ※ 「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」の管理者の【勤務時間】及び【兼務の状況】と一致しているか確認すること。 |
| ● 病院全体の状況 | | <ul style="list-style-type: none"> ・ ①②③の該当する病棟欄すべてに記入。 |
| 施設類型 | ● 当該病棟の病床数 | <ul style="list-style-type: none"> ・ ①②の該当する病棟欄すべてに記入。 ・ 2病棟以上ある場合は全病床数を記入。 |
| | ● 左のうち申請する病床数 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記のうち、介護療養病床として申請する病床数を記入。 |
| | ● 当該病棟の平均入院患者数 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当該病棟全体の【前年度の平均値】を記入。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 完全型 ● 転換型 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 「完全型」は、療養環境が減算されない場合に「○」を付すこと。 ・ 「転換型」は、療養環境減算となる場合に「○」を付すこと。 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 職種ごとに【常勤・専従】、【常勤・兼務】、【非常勤・専従】、【非常勤・兼務】の欄に実人数を記入すること。 ※ 【兼務】は短期入所療養介護以外の職種と兼務する場合に記入。 【常勤換算後の人数 (人)】欄 ・ 職種ごとに常勤換算後の人数を記入すること。 ※ 「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」の【勤務形態】及び【常勤換算後の人数】と一致しているか確認すること。 |

3-1 付表 16-1 (その2) (介護療養型医療施設の指定に係る記載事項 (病院による場合))

| 記載項目 | | 記載上の留意事項 |
|-----------------------------|----------|--|
| ●当該病棟 (全体として) の設備基準上の数値記載項目 | | <ul style="list-style-type: none"> ・①②のうち申請する施設類型に該当する病棟欄はすべて記入。 ・建物の内、「介護療養型医療施設」の指定に係る範囲に関する数値を記入。 |
| 主な 掲 示 事 項 | ●入院患者の定員 | ・「運営規程」で定める定員を記載すること。 |
| | ●利用料 | 【法定代理受領】欄：(例)介護報酬告示上の額の1割、2割又は3割 【法定代理受領分以外】欄：(例)介護報酬告示上の額 |
| | ●その他の費用 | (例)別途運営規程に定めるとおり |

4 付表 16-2 (その1) (介護療養型医療施設の指定に係る記載事項 (診療所による場合))

| 記載項目 | | 記載上の留意事項 |
|---------------|---|---|
| 施設 | <ul style="list-style-type: none"> ●名称 ●所在地 | <ul style="list-style-type: none"> ・指定を受けようとする施設の名称及び所在地を記載。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>※「(上記の)様式第1号」、「運営規程」の記載内容と一致しているか確認すること。</p> </div> |
| 管 理 者 | ●氏名・住所・生年月日 | ・管理者の氏名、生年月日、住所、郵便番号を記載する。 |
| | ●同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入) | <ul style="list-style-type: none"> ・同一敷地内の他の事業所 (施設) の職務を兼務する場合は、その「事業所等の名称」、「兼務する職種及び勤務時間」を記載する。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>※「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」の管理者の【勤務時間】及び【兼務の状況】と一致しているか確認すること。</p> </div> |
| ●全病床数 | | ・当該医療機関の全病床数を記入。 |
| ●療養病床の病床数 | | ・当該医療機関の療養病床の全病床数を記入。 |
| ●左のうち申請する病床数 | | ・上記のうち、介護療養病床として申請する病床数を記入。 |
| ●療養病床の平均入院患者数 | | ・当該医療機関の療養病床全体の【前年度の平均値】を記入。 |
| ●完全型 | | ・「完全型」は、設備基準が減算されない場合に「○」を付すこと。 |
| ●転換型 | | ・「転換型」は、設備基準が減算となる場合に「○」を付すこと。 |

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| ●療養病床部分の入院患者に対する看護・介護に従事している従業者の職種・員数 | <ul style="list-style-type: none"> ・職種ごとに【常勤・専従】、【常勤・兼務】、【非常勤・専従】、【非常勤・兼務】の欄に実人数を記入すること。 ※【兼務】は短期入所療養介護以外の職種と兼務する場合に記入。 <p>【常勤換算後の人数（人）】欄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職種ごとに常勤換算後の人数を記入すること。 <p>※「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」の【勤務形態】及び【常勤換算後の人数】と一致しているか確認すること。</p> | |
| ●療養病床部分の設備基準上の数値記載項目 | <ul style="list-style-type: none"> ・建物内の、「介護療養型医療施設」の指定に係る範囲に関する数値を記入。 | |
| 主な 掲 示 事 項 | ●入院患者の定員 | <ul style="list-style-type: none"> ・「運営規程」で定める定員を記載すること。 |
| | ●利用料 | <p>【法定代理受領分】欄：(例)介護報酬告示上の額の1割、2割又は3割</p> <p>【法定代理受領分以外】欄：(例)介護報酬告示上の額</p> |
| | ●その他の費用 | (例)別途運営規程に定めるとおり |

5 付表9（短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護事業者の指定に係る記載事項）

| 記載項目 | | 記載上の留意事項 |
|---------------|---|--|
| 事業所 | <ul style="list-style-type: none"> ●名称 ●所在地 | <ul style="list-style-type: none"> ・短期入所療養介護事業所（介護老人保健施設）の名称及び所在地を記載。 <p>※「様式第1号」、「付表16-1（又は16-2）」、「運営規程」の記載内容と一致しているか確認すること。</p> |
| ●事業所種別 | | <ul style="list-style-type: none"> ・②介護療養型医療施設の欄に「○」を付すこと。 |
| ●入院患者又は利用者の定員 | | <ul style="list-style-type: none"> ・介護療養型医療施設の「運営規程」で定める定員を記載すること。 |
| ●入院患者の数 | | <ul style="list-style-type: none"> ・記入不要。 |
| 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ●氏名・住所 ●生年月日 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の氏名、生年月日、住所、郵便番号を記載する。 |
| ●従業者の職種・員数 | | <ul style="list-style-type: none"> ・記入不要。 |

| | |
|--------------|--|
| ● 設備基準上の記載項目 | |
|--------------|--|

【添付書類】

| 添付書類 | 説明内容 |
|--|--|
| 6 法人の登記事項証明書又は条例等 ※個人の場合は不要 | <ul style="list-style-type: none"> ・【法人の登記事項証明書】の<u>原本</u>を添付。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>※同一事業者が、同時に岡山市事業者指導課に複数の事業所等の指定（更新）申請を行う場合は、1つの指定申請書に原本を添付していれば、他の指定申請書には、その写しの添付でも可とする。 その場合、当該写しに「原本は、〇〇の指定申請書に添付」等、原本の添付先を明記すること。</p> </div> <p>申請者が「市町村」の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【当該施設及び事業所の設置条例を公布した公報等】の写しを添付。 <p>申請者が「指定管理者」の場合</p> <p>（※短期入所療養介護事業において、利用料金制を採用の場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【指定管理協定書】の写し（原本証明が必要）を添付。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>≪原本証明の例≫ この写しは原本と相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 （←証明日を記入する。）</p> <p style="text-align: center;"> 法人名 代表職・氏名 印 （↑法人の代表者印を押印）</p> </div> |
| 7 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理者及び従業員全員の、毎日の勤務すべき時間数（1月間分）を記載すること。 ・病棟ごとに作成すること。（2病棟の場合は2枚） ○更新申請の場合は、申請書の提出月について記載。 <p>※職種の分類は次のとおり。 管理者／医師／薬剤師／栄養士（管理栄養士）／理学療法士／作業療法士／看護職員／介護職員／介護支援専門員／その他</p> <p>※上記従業員のうち、同一法人の他の職場でも勤務する者がいる場合は、当該職場における「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」も併せて提出すること。</p> |
| 8 資格証等の写し | 資格の必要な従業員についての資格証等の写しを添付。 ○管理者 ○医師 ○薬剤師 |

| | |
|--|---|
| | <p>○栄養士（管理栄養士） ○理学療法士 ○作業療法士 ○看護職員 ○介護支援専門員</p> <p>※介護職員は添付不要（資格要件がないため） ※旧姓等の場合は、戸籍抄本等を添付すること</p> |
| <p>9 雇用契約書等の写し</p> | <p>・雇用契約書（本人直筆の署名又は捺印があるもの）又は雇用関係が確認できる書類（労働条件通知書・辞令・労働者派遣契約書等）のいずれかの写し</p> <p>※ただし、「今回申請する施設等」に「当該職種で従事している」ことが確認できる内容のものを添付すること。</p> <p>※雇用契約書以外の場合には、その写しの裏面又は空白部分に、本人による署名が必要。 （住所、氏名、就業開始年月日）</p> <p>法人役員が、当該施設等の業務に従事する場合</p> <p>・当該業務に従事していることの申立書（施設等の名称・勤務時間・勤務内容等を明記したもの）を添付すること。</p> |
| <p>10 介護支援専門員一覧表</p> | <p>・施設で介護支援専門員の業務に従事する介護支援専門員を記載すること。</p> |
| <p>11 利用者から苦情を処理するために講ずる措置の概要</p> | <p>・苦情に関して、迅速かつ適切に対応するため、入所者等に対する【苦情解決責任者】及び【苦情受付担当者】等を定め、相談・連絡先の電話番号、対応時間を明記の上、事業所における苦情処理の体制および手順等を具体的に分かりやすく記載すること。</p> <p>※公的機関の苦情相談窓口として、次の連絡先を記載すること。</p> <p>① 岡山県国民健康保険団体連合会 086-223-8811 ② 岡山市事業者指導課 086-212-1014 ③（岡山市以外の）通常の事業（送迎の）実施地域内の市町村介護保険担当課</p> |
| <p>12 建物登記事項証明書（又は賃貸借契約書）の写し</p> | <p>・建物の使用権限を証明することのできる書類を添付。</p> <p>建物が申請者（法人）の自己所有の場合</p> <p>・【登記事項証明書】の<u>原本</u>又は【登記済権利証】の<u>写し</u>を添付。 ※土地は不要</p> <p>※同一事業者が、同じ建物について、同時に岡山市事業者指導課に複数の事業所等の指定申請を行う場合は、1つの指定申請書に【登記事項証明書】の原本を添付していれば、他の指定申請書には、その写しの添付でも可とする。 その場合、当該写しに「原本は、〇〇の指定申請書に添付」等、原本の添付先を明記すること。</p> |

| | |
|---|--|
| | <p style="text-align: center;">建物を賃貸借により使用する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・賃貸借契約書の写しを添付。 <ul style="list-style-type: none"> ※賃貸借期間は、指定・指定期間を担保できる契約内容となっているか。 ※物件を当該事業に使用できる契約内容となっているか。 ※契約書の借主は申請者（法人）となっているか。 |
| <p>13 損害賠償への対応が可能であることがわかる書類</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・【損害賠償責任保険証書】の写しを添付。 <p style="text-align: center;">損害賠償責任保険に未加入の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【加入申込書】及び【領収証】の写し、【加入後速やかに保険証の写しを提出する旨の確約書】を添付。 |
| <p>14 当該申請に係る誓約書</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・誓約書は3種類（【介護療養型医療施設】用、【居宅サービス】用、【介護予防サービス】用）の内、今回申請する事業に該当するものを添付すること。 <ul style="list-style-type: none"> ※誓約内容について、関係条文を十分確認したうえで提出すること。 ※自署又は押印が必要です。 |