



福岡県医第719号（保）
平成15年 7月 7日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師
会長 関原



福岡県高齢者保健福祉計画（第3次）の策定に伴う
介護療養型医療施設の指定（増床）について

福岡県において、市町村老人保健福祉計画及び市町村介護保険事業計画の見直しを踏まえた福岡県高齢者保健福祉計画（第3次）が策定され、第2期事業運営期間（平成15年度～平成17年度）における介護療養型医療施設の指定（増床）について、下記のとおり取り扱うこととなった旨、福岡県保健福祉部介護保険課より別紙のとおり通知がありましたので、関係会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

記

1 基本方針

福岡県高齢者保健福祉計画に基づく整備目標量（床）を充足していない圏域については、医療機関からの指定（変更）申請に基づき指定（増床）します。

なお、当該計画が平成17年度に見直されるため、平成17年度の整備目標量（床）の範囲で指定（増床）します。

したがって、平成17年度の整備目標量（床）を充足している圏域については、指定（増床）しません。

2 指定申請の受付

（1）対象圏域

平成17年度の整備目標量（床）を充足していない圏域（別表1）。

（2）受付期間

平成15年7月11日（金）～平成15年度8月11日（月）

① 指定年月日は、平成15年9月1日とします。

② 上記の期間中に受付を行い指定（増床）を行った後においても、指定数（床）が平成17年度の整備目標量（床）を充足しない圏域については、随時受付、随時指定（増床）を行います。

(3) 提出書類（手続き）

所定の指定申請書類を、福岡県保健福祉部介護保険課指定育成係に提出していただきます。既に指定を受けている介護療養型医療施設における指定病床の増床については、「指定介護療養型医療施設変更申請書」により申請をお願いします。

なお、申請書類の入手等につきましては、福岡県保健福祉部介護保険課指定育成係へ照会して下さい。

3 市町村長からの意見聴取

指定（増床）に当り、当該介護療養型医療施設が所在する市町村長から、県は意見を求めます。

4 その他

現在、平成17年度の整備目標量（床）を充足している圏域にあっても、指定の辞退によって、不足することとなる圏域については、整備目標量（床）の範囲で指定します。所在する圏域に整備枠があるかどうかについては、福岡県保健福祉部介護保険課指定育成係まで照会して下さい。

【照会先・申請書類等提出先】

〒812-8577

福岡市博多区東公園7-7

福岡県保健福祉部介護保険課指定育成係

有尾、田中（克）

TEL：092-651-1111（代表）

（内線3343，3344）

FAX：092-642-1504

(公印省略)

15介第185号
平成15年7月4日

(社) 福岡県医師会会長 殿

福岡県保健福祉部長
(介護保険課)

福岡県高齢者保健福祉計画（第3次）の策定に伴う介護療養型医療施設
の指定（増床）について

平素から本県の介護保険制度の推進につきましては、御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、県におきましては、市町村老人保健福祉計画及び市町村介護保険事業計画の見直しを踏まえ、福岡県高齢者保健福祉計画（第3次）を策定したところですが、第2期事業運営期間（平成15年度～平成17年度）における介護療養型医療施設の指定（増床）については、下記のとおり取り扱いますので、ご多忙中のところ恐縮ですが、貴会傘下の地区医師会並びに貴会会員に御周知いただきますようお願いいたします。

記

1 基本方針

福岡県高齢者保健福祉計画に基づく整備目標量（床）を充足していない圏域については、医療機関からの指定（変更）申請に基づき指定（増床）します。なお、当該計画が平成17年度に見直されるため、平成17年度の整備目標量（床）の範囲で指定（増床）します。

したがって、平成17年度の整備目標量（床）を充足している圏域については、指定（増床）しません。

2 指定申請の受付

(1) 対象圏域

平成17年度の整備目標量（床）を充足していない圏域（別表1）。

(2) 受付期間

平成15年7月11日（金）～平成15年8月11日（月）

①指定年月日は、平成15年9月1日とします。

②上記の期間中に受付を行い指定（増床）を行った後においても、指定数（床）が平成17年度の整備目標量（床）を充足しない圏域については、随時受付、随時指定（増床）を行います。

(3) 提出書類（手続き）

所定の指定申請書類を、福岡県保健福祉部介護保険課指定育成係に提出していただきます。既に、指定を受けている介護療養型医療施設における指定病床の増床については、「指定介護療養型医療施設変更申請書」により申請をお願いします。

なお、申請が具体的になりましたら申請書類等について福岡県保健福祉部介護保険課指定育成係まで照会して下さい。

3 市町村長からの意見聴取

指定（増床）に当たり、当該介護療養型医療施設が所在する市町村長から、県は意見を求めます。

4 その他

現在、平成17年度の整備目標量（床）を充足している圏域にあっても、指定の辞退によって、不足することとなる圏域については、整備目標量（床）の範囲で指定します。所在する圏域に整備枠があるかどうかについては、福岡県保健福祉部介護保険課指定育成係まで照会して下さい。

【照会先・申請書類等提出先】

〒812-8577

福岡市博多区東公園7-7

福岡県保健福祉部介護保険課指定育成係

有尾、田中（克）

TEL 092-651-1111（代表）

（内線3343, 3344）

FAX 092-642-1504

(別表 1)

介護療養型医療施設の整備計画

圏 域 名	平成15年7月1日現在の整備状況		平成17年度における整備目標量	残整備量
	施設数	定員数	定員数(床)	定員
福岡・糸島	53	2,036	2,043床	7床
福岡市	47	1,903	1,867床	
前原糸島	6	133	176床	
糟屋	13	773	724床	0床
宗像	9	364	393床	29床
筑紫	25	814	840床	26床
甘木・朝倉	5	149	166床	17床
久留米	25	782	823床	41床
八女・筑後	3	91	103床	12床
有 明	15	431	456床	25床
飯 塚	16	350	409床	59床
直方・鞍手	8	247	309床	62床
田 川	6	63	123床	60床
北 九 州	39	1,886	2,290床	404床
北九州市	33	1,709	2,056床	
中間遠賀	6	177	234床	
京 築	18	447	428床	0床
計	235	8,433	9,107床	742床

注：平成15年7月1日現在のデータで作成した資料です。

注：指定を受け付ける圏域

福岡県高齢者保健福祉圏域（表1）

地区保健福祉圏	市町村数	圏域人口 (人)	高齢者人口 (人)	高齢化率 (%)	構成市町村
福岡・糸島	2市2町	1,417,278	202,280	14.3	福岡市、前原市、二丈町、志摩町
糟屋	1市7町	254,030	36,131	14.2	古賀市、宇美町、篠栗町、志免町、須恵町、新宮町、久山町、粕屋町
宗像	1市2町1村	149,333	27,151	18.2	宗像市、福岡町、津屋崎町、大島村
筑紫	4市1町	403,365	52,827	13.1	筑紫野市、春日市、大野城市、太宰府市、那珂川町
甘木・朝倉	1市4町2村	94,950	21,214	22.3	甘木市、杷木町、朝倉町、三輪町、夜須町、小石原村、宝珠山村
久留米	3市8町	469,016	86,843	18.5	久留米市、大川市、小郡市、吉井町、田主丸町、浮羽町、北野町、大刀洗町、城島町、大木町、三潆町
八女・筑後	2市4町2村	144,762	32,364	22.4	八女市、筑後市、黒木町、上陽町、立花町、広川町、矢部村、星野村
有明	2市5町	264,167	64,162	24.3	大牟田市、柳川市、瀬高町、大和町、三橋町、山川町、高田町
飯塚	2市8町	202,245	44,809	22.2	飯塚市、山田市、桂川町、稲築町、碓井町、嘉穂町、筑穂町、穂波町、庄内町、潁田町
直方・鞍手	1市4町	122,538	28,456	23.2	直方市、小竹町、鞍手町、宮田町、若宮町
田川	1市8町1村	150,490	36,239	24.1	田川市、香春町、添田町、金田町、糸田町、川崎町、赤池町、方城町、大任町、赤村
北九州	2市4町	1,148,144	231,780	20.2	北九州市、中間市、芦屋町、水巻町、岡垣町、遠賀町
京築	2市7町2村	198,935	41,687	21.0	行橋市、豊前市、苅田町、犀川町、勝山町、豊津町、椎田町、吉富町、築城町、新吉富村、大平村
県計	24市64町8村	5,019,253	905,943	18.0	

資料：福岡県高齢者保健福祉関係基礎資料 人口データは平成14年4月1日現在

申請に当たっての留意事項

1 申請対象者

指定介護療養型医療施設の申請をすることができるのは、次の方々です。

- (1) 療養病床の病棟（病室）を有する病院（診療所）の開設者
- (2) 老人性痴呆疾患療養病床を有する病院の開設者

※現在、建設中、改築中である場合は、使用許可が指定日までに確実におりる場合についてのみ申請を受け付けます。

2 申請に係る病床数

申請に当たっては、介護保険適用病床においては原則として医療保険からの保険給付がなされないことから、病床数は、現在の入院患者の医療の必要度合い等実態を勘案した現実的な数となるようにしてください。

3 申請単位

- (1) 上記「1 申請対象者」の対象病棟を3病棟以上有する病院の場合、病棟単位。
- (2) “ ” が2病棟以下若しくは診療所の場合、病室単位。

ただし、この場合においても、医療保険適用と介護保険適用の病室が混在する病棟は1病棟とします。

【3－(2)の例】

	病床数	医療保険適用	介護保険適用	適 否
A病棟	50床	50床	0床	○
B病棟	40床	20床	20床	

	病床数	医療保険適用	介護保険適用	適 否
A病棟	50床	20床	30床	×
B病棟	40床	20床	20床	

4 継続期間

指定を受けても辞退することは可能ですが、入院者等への影響を考慮し、少なくとも1年程度は継続していただくようあらかじめお願いいたします。

5 指定基準

指定を受けるためには、「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年厚生省令第41号）を満たす必要があります。

6 関係法令等

(1) 関係法令

- ・介護保険法（平成9年法律第123号）

- ・介護保険法施行令（平成１０年政令第１２号）
- ・介護保険法施行規則（平成１１年厚生省令第３６号）
- ・指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準
（平成１１年厚生省令第４１号）
- ・介護保険法施行令第４条に規定する厚生労働大臣が定める看護師その他の従業員数
及び厚生労働大臣が定める看護の体制その他の看護に関する基準に適合する病床等
（平成１１年厚生省告示第９８号）

（２）関係法令の入手方法

- ・インターネット

社会福祉・医療事業団 <http://www.wam.go.jp>

厚生労働省 <http://www.mhw.go.jp>

- ・官報販売所

７ その他留意事項

（１）申請対象となる病棟

療養病床等のうち、「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」に定める基準を満たしているものであれば、申請対象となります。

（２）病 棟

- ① 各医療機関の看護体制１単位をもって病棟として取り扱います。なお、高層建築等の場合には、昼間・夜間を通して看護に支障のない体制をとることを条件に、複数階（原則、２つの階）を１病棟として取り扱うこともできます。
- ② １看護体制ごとに、看護の責任者を配置し、看護チームによる交代制勤務等の看護を実施すること及び看護師詰所（ナースステーション）等の設備を有することが必要です。ただし、看護師詰所の配置によっては、他の看護単位と看護師詰め所を共用することは可能です。
- ③ １病棟の規模は６０床以下とします。

（３）看護・介護職員について

- ① 看護・介護職員の数は、当該申請の対象である病棟において実際に入院患者の看護（介護）に当たっている職員の数であり、総婦長（専ら、病院全体の看護管理に従事する者を言う。）、外来勤務等の数は算入しません。ただし、当該病棟と兼務している場合は、勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算の上、算入することができます。
- ② 介護職員の数を算出するにあたっては、看護師、準看護師を介護職員とみなして差し支えありません。

（４）介護支援専門員について

- ① 病院の場合は、常勤専従の介護支援専門員が１名以上必要です（介護保険適用の入院患者の数が１００人又はその端数を増すごとに１人を標準とします）。
- ② 診療所の場合も、介護支援専門員が１名以上必要です（常勤専従の要件はありませんが、基準に定める介護支援専門員の業務に支障があってははいけません）。

申 請 書 類 等 一 覧

	療養病床（病院）				療養病床 （診療所）	老人性痴呆 疾患療養病床
	完全型	準完全型	転換型 A	転換型 B		
1 申請書	○	○	○	○	○	○
2 付表	病院用	病院用	病院用	病院用	診療所用	病院用
3 位置図	○	○	○	○	○	○
4 施設の概要	○	○	○	○	○	○
5 従業者一覧表	○	○	○	○	○	○
6 看護・介護職員一覧	○	○	○	○	○	○
7 従業者必要数算定調書	○	○	○	○		○
8 非常勤医師の常勤換算表	○	○	○	○		○
9 平面図	○	○	○	○	○	○
10 従業者の免許証等写し	○	○	○	○	○	○
11 経歴書	△	△	△	△	△	△
12 併設する施設の概要	△	△	△	△	△	△
13 使用許可証	○	○	○	○	○	○
14 運営規程	○	○	○	○	○	○
15 定款、寄付行為、条例等	△	△	△	△	△	△
16 登記簿	△	△	△	△	△	△

(注)

9 申請する病棟・病室等を朱線で囲むこと。

食堂、機能訓練室等を他の病棟と共用する場合は、当該病棟の平面図も併せて添付すること。

10 資格が必要な職種については、免許証（介護支援専門員の場合は登録証明証）の写しを添付すること。

12 同一敷地内に併設する介護老人保健施設、介護老人福祉施設等の入所施設がある場合に添付すること。

13 現在工事中等の場合は変更許可証を添付すること。

15 開設者が法人の場合添付すること。

16 開設者が法人の場合添付すること。

※この申請においては、病院の療養型病床群を次の区分で細分表示する。

完全型：療養型病床群のうち、完全型のもの

準完全型：療養型病床群のうち、廊下幅のみ基準に満たないもの

転換型 A：転換型療養型病床群のうち、食堂、浴室、機能訓練室等が整備されているもの

転換型 B：転換型の療養型病床群のうち、転換型 A でないもの

様式第1号(第2条関係)

受付番号

指定居宅サービス事業者
指定居宅介護支援事業者 指定(許可)申請書
介護保険施設

年 月 日

福岡県 知事 殿

所在地

申請者

名 称

印

介護保険法に規定する事業者(施設)に係る指定(許可)を受けたいので、下記のとおり、
関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申請 (開設) 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 都 道 郡 市 府 県 区				
		(ビルの名称等)				
	申請者連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁		
指定を受けようとする 事業所・施設の 種類	代表者の職・氏名	職名			フリガナ 氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 都 道 郡 市 府 県 区				
		(ビルの名称等)				
	フリガナ					
	名称					
	事業所等の 所在地	(郵便番号 ー) 都 道 郡 市 府 県 区				
	(ビルの名称等)					
	事業所連絡先	代表電話番号				
	同一所在地において行う事業等の種類		実施 事業	指定(許可)申請 をする事業等 (事業開始予定年月日)	既に指定等を受 けている事業等 (指定(許可)年月日)	様式
指定 居宅 サ ー ビ ス	訪問介護					付表1
	訪問入浴介護					付表2
	訪問看護					付表3
	訪問リハビリテーション					付表4
	居宅療養管理					付表5
	通所介護					付表6
	通所リハビリテーション					付表7
	短期入所生活介護					付表8
	短期入所療養介護					付表9
	痴呆対応型共同生活介護					付表10
	特定施設入所者生活介護					付表11
	福祉用具貸与					付表12
	居宅介護支援事業					付表13
施 設	介護老人福祉施設					付表14
	介護老人保健施設					付表15
	介護療養型医療施設					付表16
介護保険事業所番号				(既に指定又は許可を受けている場合)		
医療機関コード等				事業所区分		

記入担当者名

備考

- 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請（開設）者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「○」を記入してください。
なお、今回の申請に伴って、法第72条第1項の規定に基づき、指定があったものとみなされる事業については、「実施事業」欄に「みなし」と記載してください。
- 5 「指定（許可）申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。
- 6 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）された年月日（施行法）第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定（許可）があったものとみなされたものについては「12. 4. 1」を記載してください。
なお、法施行日前に本申請を行う場合であって、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき、介護保険法による指定（許可）があったものとみなされる事業等については、「既に指定等を受けている事業等」欄の該当する欄に「○」を記載してください。
- 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
- 8 「事業所区分」欄は、申請者が医療機関コード等を持つ場合に、「医科」「歯科」「薬局」「老人保健施設」「訪問看護ステーション」「その他（福祉系）」の別を記入してください。

付表16 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(病院の場合)

受付番号

医療機関	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 —)											
		福岡県 市 郡 (ビルの名称等)											
連絡先	電話番号						FAX番号						
病院の開設年月日													
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 —)						
	氏名												
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)												
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称											
	兼務する職種												
		有する全ての病床数	左の病床数	指定を受けようとする病床数					左の病床数				
				完全型	準完全型	転換型A	転換型B	計	完全型	準完全型	転換型A	転換型B	計
① 療養病床													
② 老人性痴呆疾患療養病床													
③ その他の病床													
合 計													
病院全体での従業員の職種・員数		医 師		薬剤師		栄養士							
職種・員数													
常 勤(人)													
非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
適合の可否													
指定申請をする病床部分の従業者の職種・員数		看護職員		介護職員		作業療法士		理学療法士		精神保健福祉士等		介護支援専門員等	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常 勤(人)													
非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)													
基準上の必要人数(人)													
適合の可否													

※ 基準上の必要人数については、介護保険法上の必要人員数。

(医療法上の必要人員数に同じ。診療報酬上の施設基準の必要人員数ではない。)

付表16 介護療養型医療施設の指定に係る記載事項(診療所の場合)

受付番号

医療機関	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号		一		)	
		福岡県		市		郡	
		(ビルの名称等)					
連絡先	電話番号			FAX番号			
診療所の開設年月日							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号		
	氏名				一)		
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			兼務する職種		
		有する全ての病室数	左の病床数	指定申請			
				病室数	病床数		
①療養病床							
②その他の病床							
合計							
従事者の職種・員数		看護職員		介護職員		介護支援専門員等	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤(人)					
		非常勤(人)					
		常勤換算後の人数(人)					
		基準上の必要人数(人)				1	
適合の可否							
指定申請を行う施設部分の設備基準上の数値記載項目				基準上の必要数値		適合の可否	
病室	1室の最大病床数			床	床以下		
廊下	入院患者1人あたり最小床面積			m ²	m ² 以上		
廊下	片廊下の幅			m	m以上		
廊下	中廊下の幅			m	m以上		
食堂面積				m ²	m ² 以上		
添付書類		別添のとおり					

※ 基準上の必要人数については、介護保険法上の必要人員数。
(医療法上の必要人員数に同じ。診療報酬上の施設基準の必要人員数ではない。)

設 備 の 概 要

病棟名		病棟の類型	
介護保険適用	室	床	

[illegible]

①機能訓練室の有無	有・無	m ²
②食堂の有無	有・無	m ²
③浴室・シャワーの区分	浴室	シャワー
④談話室	専用	m ²
	共用	m ²
⑤廊下幅	片廊下(内法	m)
	中廊下(内法	m)
⑥生活機能回復訓練室		m ²
⑦デイルーム・面会室の合計		m ²

※ 1 申請に係る病棟ごとに記載して下さい。

2 ①～④、⑥⑦については、所在する病棟のみ記載して下さい。⑤は、各病棟ごと記載して下さい。

3 ⑥⑦については、老人性痴呆疾患療養病棟を有する医療機関のみ記載して下さい。

4 区分欄は介護保険適用に該当する病室に○をつけて下さい。

5 病棟の類型は、診療所、痴呆療養、完全型、準完全型、転換型A、転換型B、介護力強化の区分を記入すること。

6 欄が不足する場合は、適宜補正又は別業とすること。

從事者一覽表

[illegible]

- 1 職種ごとにまとめて記入すること(看護職員、介護職員を除く)
- 2 職種欄には、医師、薬剤師、栄養士、理学療法士、介護支援専門員等の種類を記入すること。
- 3 勤務形態欄は、常勤、非常勤の区分を記入すること。
- 4 免許証等の写し(裏面記載がある場合は裏面のコピーも)を添付すること。
- 5 介護支援専門員、精神保健福祉士に代えて経験のある職員を配置する場合は、経験内容がわかる経歴書を添付すること。
- 6 欄が不足する場合は適宜補正又は別業とすること。

看護・介護職員一覧表

病棟名	区分	常勤	非常勤又は兼務		計
			人数	常勤換算数	
	看護職員				
	介護職員				

	職種	氏名	勤務形態	兼務の内容	勤務時間数	常勤換算数
看護職員						
介護職員						

- 1 病棟ごとに作成すること。
- 2 職種欄には、看護師、准看護師等免許の種類を記入すること。
- 3 勤務形態欄は、常勤専従、常勤兼務、非常勤専従、非常勤兼務の区分を記入すること。
- 4 勤務形態が兼務の場合、兼務の内容（他病棟名、外来等）を記入すること。
- 5 勤務時間欄は、当該病棟に勤務する平均時間（1週当たり）を記入すること。

非常勤医師の常勤換算表

常勤医師勤務時間数 (週当たり)	A	時間
---------------------	---	----

氏 名	換 算	月	火	水	木	金	土	日	計	計 算	備 考
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		
	週 日								B		
	週 宿								C		

実人員数	人
常勤換算数	人

- (注) 1 備考欄は、週単位でない変則勤務の場合に記入すること。(月1回勤務、隔週勤務、宿直専門等)
- 2 常勤換算に当たっては、 $B/A + C/(A \times 2)$ の計算式を用いて計算すること。ただし、週単位ではない変則勤務の場合は、各曜日、計のB、C欄に1カ月間に勤務する時間の合計を記入した上で、1週当たりの勤務時間に換算するため、最後に1/4を掛けることとする。
- 3 常勤換算値は、各個人の換算値を少数第2位まで求め、集計後少数第2位を切り捨てし、第1位まで算出すること。
- 4 非常勤医師についてのみ記載すること。
- 5 欄が不足する場合は適宜補正、別葉とすること。

経 歴 書

ふりがな		生年月日	
氏名			

主 な 職 歴		
年 月 日～年 月 日	勤務先等	職 務 内 容
職 務 に 関 する 資 格		
資格の種類	資 格 取 得 年 月 日	
研 修 等 の 受 講 状 況		

※ 介護支援専門員に代えて看護に係る計画等の作成に関し経験のある看護職員を配置する場合、又は、精神保健福祉士に準ずる者を配置する場合に添付すること。
職務内容は、当該経験の有無がわかるように記載すること

併設する施設の概要

施設名の名称	施設種別	定員

※ 施設種別には、同一敷地内に所在する医療福祉施設(老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウス)等を記載して下さい。

介護療養型医療施設の運営規程作成事例

(事業の目的)

第1条 ××法人△△会が開設する××法人△△会〇〇病院（以下「病院」という。）が行う指定介護療養型医療施設サービスの事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営規程に関する事項を定め、病院の医師、薬剤師、栄養士、看護職員、介護職員、理学療法士又は作業療法士及び介護支援専門員その他の職員（以下「従業者」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 病院は、長期にわたる療養を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう努めるものとする。

2 病院は、入院患者の意志及び人格を尊重し、常に入院患者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。

3 病院は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

(名称及び所在地)

第3条 指定介護療養型医療施設の名称及び所在地は次のとおりとする。

(1) 名 称 ××法人△△会○○病院

(2) 所在地 福岡市博多区東公園7番7号

(従業者の職種、員数及び職務内容)

第4条 サービスの提供に当たる職員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

(1) 医師 ○名

(2) 薬剤師 ○名

(3) 栄養士（又は管理栄養士） 〇名

(4) 看護職員 ○○病棟 看護師 ○名

准看護師 ○名

〇〇病棟 看護師 〇名

准看護師 ○名

○○病棟 看護師 ○名

准看護師 ○名

(5) 介護職員

〇〇病棟 〇名

〇〇病棟 〇名

〇〇病棟 〇名

(6) 理学療法士 〇名

(7) 作業療法士 〇名

(8) 介護支援専門員 〇名

(定員)

第5条 指定介護療養型医療施設の定員は、病棟ごとに次のとおりとする。

(1) 〇〇病棟 人

(2) 〇〇病棟 人

(3) 〇〇病棟 人

(提供するサービスの内容)

第6条 指定介護療養型医療施設で提供するサービスの内容は、次のとおりとする。

(1) 療養上の管理

(2) 看護

(3) 介護

(4) 機能訓練その他の必要な医療

(利用料等)

第7条 指定介護療養型医療施設でサービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、次の各号の合計額とする。

(1) 指定介護療養施設サービスの提供（食事の提供を除く。）について厚生労働大臣が定めた額の1割

(2) 食事の提供について厚生労働大臣が定めた標準負担額

2 前項のほか、次の各号に掲げる費用の額を利用者から徴収する。

(1) 厚生労働大臣が定める基準に基づき利用者が選定する特別な療養室の提供に要する費用

(2) 利用者が選定する特別な食事の提供に要する費用

(3) 理美容代

(4) 前各号に掲げるもののほか、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用

3 前項の費用の支払いを受けるためには、事前に利用者又はその家族に対して文書で説明した上で、支払いに同意する旨の同意を文書で受けることとする。

(サービスの提供開始に当たっての留意事項)

第8条 サービス提供の開始に当たっては、あらかじめ利用申込者又はその家族に対して、運営規程の概要、従業員の勤務体制、その他利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用申込者の同意を得るものとする。

(非常災害対策)

第9条 非常災害時に適切に対応するため、非常災害対策に関する具体的な計画を定めるとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練に努めるものとする。

(その他運営についての留意事項)

第10条 従業員の資質の向上を図るため研修の機会を設けるものとし、業務体制を整備する。

(1) 採用時研修 採用後○ヶ月以内

(2) 継続研修 年 日(回)

2 従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族に関する秘密を保持する。

3 従業員であった者に業務上知り得た利用者又はその家族に関する秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とする。

附則

この規程は、平成 年 月 日から施行する。

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
(所在地)
開設者 氏 名
(名称及び代表者氏名) 印

下記のとおり指定を受けた介護療養型医療施設の療養病床等の入所定員を変更したいので申請します。

	介護保険事業所番号								
申請に係る施設	名 称								
	所在地								
当該申請に係る施設の 指定介護療養型医療施設の類型	1 療養病床を有する病院 2 療養病床を有する診療所 3 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院								
入院患者の推定数（申請に係る事業を行う部分に限る。）									
入院患者の定員（申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）	(変更前)				(変更後)				

- 備考1 「当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型」については、該当項目番号に○を付してください。
- 2 以下の書類を添付（当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）してください。
- (1) 施設の使用許可の写し
 - (2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要
 - (3) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態