様式第４号（第５条関係）

従事職員配置計画

１　従事（予定）職員一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 週平均の勤務（予定）時間 | 福祉活動歴 |
|  | 常勤・常勤以外 |  |  |  |
| 専従・兼務 |
|  | 常勤・常勤以外 |  |  |  |
| 専従・兼務 |
|  | 常勤・常勤以外 |  |  |  |
| 専従・兼務 |
|  | 常勤・常勤以外 |  |  |  |
| 専従・兼務 |
|  | 常勤・常勤以外 |  |  |  |
| 専従・兼務 |
|  | 常勤・常勤以外 |  |  |  |
| 専従・兼務 |
| 添付書類 | * 管理者経歴書
* 組織体制図
* 勤務（予定）介護支援専門員一覧
* 職員（予定者）の概要（1）（2）
 |

２　職種別　常勤換算後の人数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤換算が必要な職種 | 氏名 | 週平均の勤務（予定）時間合計 | 常勤の従業者が週に勤務すべき時　間　数 | 常勤換算後の人数 |
| 看護・介護職員 |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
| 介護支援専門員 |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |

（記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。）

管理者経歴書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所又は施設の名称 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日　 |
| 氏名 |  |
| 住所 | (郵便番号　　　　－　　　　　) | 電話番号 |  |
| 主な職歴等 |
| 年　　月 ～　　年　　月 | 勤務先等 | 職務内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職務に関連する資格 |
| 資格の種類 | 資格取得年月 |
|  |  |
| 備考（研修等の受講の状況等） |

備考　１．住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

２．当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宣拡張して、その全てを記入してください。

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 介護支援専門員番号 | 専従兼務 | 認知症高齢者のケアの経験年数及び認知症介護に関する研修受講歴 |
| 氏名 |
|  |  |  | 経験年数（　　年　　ヶ月）認知症介護実務者研修（基礎課程）受講済・未受講認知症介護実務者研修（専門課程）受講済・未受講上記以外の研修（　　　　　　　　　　） |
|  |
|  |  |  | 経験年数（　　年　　ヶ月）認知症介護実務者研修（基礎課程）受講済・未受講認知症介護実務者研修（専門課程）受講済・未受講上記以外の研修（　　　　　　　　　　） |
|  |
|  |  |  | 経験年数（　　年　　ヶ月）認知症介護実務者研修（基礎課程）受講済・未受講認知症介護実務者研修（専門課程）受講済・未受講上記以外の研修（　　　　　　　　　　） |
|  |
|  |  |  | 経験年数（　　年　　ヶ月）認知症介護実務者研修（基礎課程）受講済・未受講認知症介護実務者研修（専門課程）受講済・未受講上記以外の研修（　　　　　　　　　　） |
|  |
|  |  |  | 経験年数（　　年　　ヶ月）認知症介護実務者研修（基礎課程）受講済・未受講認知症介護実務者研修（専門課程）受講済・未受講上記以外の研修（　　　　　　　　　　） |
|  |

職員（予定者）の概要（１）

|  |  |
| --- | --- |
| 代表者氏名 | １）次の施設において、職員又は訪問介護職員等として認知症高齢者の介護に従事したことがある（はい・いいえ）①特別養護老人ホーム　②老人デイサービスセンター③介護老人保健施設　　④認知症対応型共同生活介護事業所⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２）医療又は福祉サービスの経営に携わった経験がある（はい・いいえ） |
| ３）代表者の認知症介護に関する知識、理解について（具体的な研修、学習内容または予定を記入してください。） |
| 管理者氏名（資格） | １）専従・兼務①当該事業所の他の職務に従事（職務　　　　　　　）②併設事業所の職務に従事（併設施設　　　　　　　　職務　　　　　　　） |
| ２）認知症高齢者のケアの経験年数（　　　年　　ヶ月） |
| ３）職員又は訪問介護職員等として従事した施設①特別養護老人ホーム　②老人デイサービスセンター③介護老人保健施設　　④認知症対応型共同生活介護事業所⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４）認知症介護に関する研修の受講歴認知症介護実務者研修（基礎課程）受講済・未受講（専門課程）受講済・未受講上記の研修のほかに受講した（受講予定）研修名 |
| 管理者の採用基準と採用しようとしている職員との連携をどのように考えているか記入してください。 |

（記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。）

職員（予定者）の概要（２）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護支援専門員氏名 | 専従・兼務①当該事業所の他の職務に従事（職務　　　　　　　）②併設事業所の職務に従事（併設施設　　　　　　　　　　職務　　　　　　　） |
| 氏名 | 専従・兼務①当該事業所の他の職務に従事（職務　　　　　　　）②併設事業所の職務に従事　　　　　（併設施設　　　　　　　　　　職務　　　　　　　） |
| 氏名 | 専従・兼務①当該事業所の他の職務に従事（職務　　　　　　　）②併設事業所の職務に従事（併設施設　　　　　　　　　　職務　　　　　　　） |
| その他の従業者 | １）従業者総数　　　　　人（内訳）常勤職員　　　　　人　　常勤以外の職員　　　　　人 |
| （職種）介護職員　　　　　人　うち、介護福祉士　　　　　人その他資格　　　　　人（資格名：　　　　　　　　　　　）看護職員　　　　　人その他職員　　　　人　（職名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２）看護・介護職員日中勤務　　　　　人（通い対応　　　人、訪問対応　　　　人）夜間勤務　　　　　人 |
| ３）認知症介護に関する研修の受講歴認知症介護実務者研修（基礎課程）受講済　　　　　　　　　人未受講　　　　　　　　　人（専門課程）受講済　　　　　　　　　人受講　　　　　　　　　人上記の研修のほかに受講した研修名（研修名：　　　　　　　　　　　　受講済人数　　　　　　 　人） |
| 職員採用計画・採用後の研修計画について記入してください。 |

（記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。）

（別紙５）

設置予定地周辺住民への説明経緯について

（地元説明会資料には、「御杖村の地域密着型サービス事業として指定されることが条件であるため、事業化されない場合があります。」旨の記載をするなど、十分注意して行ってください。）

設置予定地の説明・折衝状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 説明日時 | 相手方 | 説明内容及び質疑応答（意見、要望等） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 今後の説明予定 |  |  |

（記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。）

衛生管理の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所又は施設名 |  |
| 申請するサービス種類 |  |

|  |
| --- |
| 衛生管理の概要 |
| １　衛生管理担当者の設置２　衛生管理体制・感染症対応手順３　その他参考事項 |

備考　上の事項は例示であり、これにかかわらず、対応方針を具体的に記入してください。

事故防止・安全対策の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所又は施設名 |  |
| 申請するサービス種類 |  |

|  |
| --- |
| 事故防止・安全対策の概要 |
| １　消火設備、その他非常災害用に設置する設備２　事故発生時・非常災害時の関係機関への通報、連絡体制及び手順３　その他参考事項 |

備考　上の事項は例示であり、これにかかわらず、対応方針を具体的に記入してください。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所又は施設名 |  |
| 申請するサービス種類 |  |

|  |
| --- |
| 措置の概要 |
| １　利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、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 |

備考　上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記入してください。

介護保険法第７８条の２第４項各号及び第１１５条の１２第２項各号

の規定に該当しない旨の誓約書

年　　月　　日

御杖村長　殿

所在地

申請者

名　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

住　所

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

|  |
| --- |
| 【介護保険法第７８条の２第４項】１　申請者が法人でないとき。 ２　当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第７８条の４第１項の厚生労働省令で定める基準若しくは同項の厚生労働省令で定める員数又は同条第４項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。 ３　申請者が、第７８条の４第２項又は第４項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。 ４　当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。 ５　申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。 ５の２　申請者が、健康保険法、船員保険法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法又は厚生年金保険法の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金（以下この号、第７９条第２項第４号の２、第１１５条の１２第２項第５号の２及び第１１５条の２２第２項第４号の２において「保険料等」という。）について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく３月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべて（当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第７９条第２項第４号の２、第１１５条の１２第２項第５号の２及び第１１５条の２２第２項第４号の２において同じ。）を引き続き滞納している者であるとき。６　申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第７８条の１０（第２号から第５号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。６の２　申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第７８条の１０(第２号から第５号までを除く。)の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合は除く。６の３　申請者と密接な関係を有する者（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者と密接な関係を有する者を除く。）が、第７８条の１０（第２号から第５号までを除く。）の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。７　申請者が、第７８条の１０（第２号から第５号までを除く。）の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第７８条の５第２項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）又は第７８条の８の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して５年を経過しないものであるとき。 ８　申請者が、指定の申請前５年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。 ９　申請者の役員等のうちに次のイからニまで又はヘ（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者の役員等にあっては、次のイからハまで、ホ又はヘ）のいずれかに該当する者があるとき。 イ　禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者ロ　第５号又は前号に該当する者ハ　この法律、船員保険法、国民健康保険法又は国民年金法の定めるところにより納付義務を負う保険料（地方税法の規定による国民健康保険税を含む。以下このハ、第７９条第２項第８号ハ、第８６条第２項第７号ハ、第１１５条の１２第２項第９号ハ及び第１１５条の２２第２項第８号ハにおいて「保険料等」という。）について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく３月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべて（当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。第７９条第２項第８号ハ、第８６条第２項第７号ハ、第１１５条の１２第２項第９号ハ及び第１１５条の２２第２項第８号ハにおいて同じ。）を引き続き滞納している者ニ　第７８条の１０（第２号から第５条までを除く。）の規定により指定(認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定を除く。)を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものホ　第７８条の１０（第２号から第５号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護に係る指定に限る。）を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものへ　第７号に規定する期間内に第７８条の５第２項の規定による事業の廃止の届出をした法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）又は第７８条の８の規定による指定の辞退をした法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）において、同号の通知の日前６０日以内にその役員等であった者で当該届出又は指定の辞退の日から起算して５年を経過しないもの【介護保険法第１１５条の１２第２項】１　申請者が法人でないとき。 ２　当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第１１５条の１４第１項の厚生労働省令で定める基準若しくは同項の厚生労働省令で定める員数又は同条第４項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。 ３　申請者が、第１１５条の１４第２項又は第４項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。 ４　当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。 ５　申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。 ５の２　申請者が保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく３月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者であるとき。６　申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第１１５条の１９（第２号から第５号までを除く。）の規定により指定（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。 ６の２　申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者に限る。）が第１１５条の１９（第２号から第５号までを除く。）の規定により指定（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。６の３　申請者と密接な関係を有する者が、第１１５条の１９（第２号から第５号までを除く。）の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。７　申請者が、第１１５条の１９（第２号から第５号までを除く。）の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第１１５条の１５第２項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。 ８　申請者が、指定の申請前５年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。 ９　申請者の役員等のうちに次のイからニまで又はヘ（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者の役員等にあっては、次のイからハまで、ホ又はヘ）のいずれかに該当する者があるとき。 イ　禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者ロ　第５号又は前号に該当する者ハ　保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく３月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者ニ　第１１５条の１９（第２号から第５号までを除く。）の規定により指定（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定を除く。）を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものホ　第１１５条の１９（第２号から第５号までを除く。）の規定により指定（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定に限る。）を取り消された法人において、当該取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内にその役員等であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものへ　第７号に規定する期間内に第１１５条の１５第２項の規定による事業の廃止の届出をした法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）において、同号の通知の日前６０日以内にその役員等であった者で当該届出の日から起算して５年を経過しないもの |

|  |
| --- |
| 役員等名簿 |
| （ふりがな）氏　　　名 | 生年月日 | 　　　　　　　　 | 押印 |
| 役職名・呼称 | TEL　　　　　　　　 　　FAX |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

備考　当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。