

福岡県公報

平成二十一年五月十三日
第二千九百六十四号
増刊 ①

目次

再掲

福岡県指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則 (介護保険課) …………… 一

再掲

福岡県公告式条例(昭和二十五年福岡県条例第四十六号)第三条において準用する同条例第二条第二項ただし書の規定により掲示したものを、ここに再掲する。

福岡県指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。
平成二十一年四月二十七日

福岡県知事 麻生 渡

福岡県規則第二十九号

福岡県指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則

福岡県指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者の指定等に関する規則(平成十一年福岡県規則第五十八号)の一部を次のように改める。

題名を次のように改める。

福岡県介護サービス事業者の指定等に関する規則

第一条中「指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者」を「介護サービス事業者」に改める。

第二条中「第七十条の第二項」の下に、「(法第百十五条の十一において準用する場合を含む。)」を加え、「第百七条の第二項及び百十五条の十」を「及び第百七条の第二項」に改める。

第三条中「第七十二条第一項ただし書」の下に、「(法第百十五条の十一において準用する場合を含む。)」を加える。

第四条中「廃止、休止又は再開に係るもの」にあつては様式第四号」を「再開に係るもの」にあつては様式第四号、事業の廃止又は休止に係るもの」にあつては様式第四号の二」に改める。

第十一条を削る。

第十条第一項中「市町村」を「国、市町村」に改め、同項中第六号を第七号とし、第五号を第六号とし、第四号を第五号とし、第三号の次に次の一号を加える。

四 指定等の有効期間満了日

第十条第一項に次の一号を加える。

八 業務管理体制の整備に関する届出事項

第十条第二項中「第七十二条第一項本文」の下に、「(法第百十五条の十一において準用する場合を含む。)」を、「第四十一条第一項本文」の下に「又は法第五十三条第一項本文」を加え、同条を第十一条とする。

第九条の次に次の一条を加える。

(業務管理体制の届出)

第十条 法第百十五条の三十二第二項の規定による届出及び同条第四項の規定による区分の変更の届出は、様式第十号により行うものとする。

2 法第百十五条の三十二第三項の規定による届出事項の変更の届出は、様式第十一号により行うものとする。
様式第一号付表五を次のように改める。

付表5

居宅療養管理指導事業所・介護予防居宅療養管理指導事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地	(郵便番号 -)												
		福岡県	郡市		区									
直通連絡先	電話番号						FAX番号							
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文							第 条 第 項 第 号							
病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションの別														
提供する居宅療養管理指導の種類		医師の居宅療養管理指導		歯科医師の居宅療養管理指導		薬剤師の居宅療養管理指導		看護職員の居宅療養管理指導						
管理者	フリガナ													
	氏名	住所 (郵便番号 -)												
	生年月日													
従業者			医師		歯科医師		薬剤師		歯科衛生士等		管理栄養士		看護職員	
			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)														
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日				
	営業時間	平日		~		土曜		~		日曜・祝日		~		
	利用料	法定代理受領分												
		法定代理受領分以外												
	その他の費用													
添付書類	別添のとおり													

- 備考
- 1 「受付番号」は、記入しないでください。
 - 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 - 3 保険医療機関である病院、診療所及び保険薬局が行うものについては、法第71条第1項の規定により、指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。

様式第一号付表九を次のように改める。

付表9

短期入所療養介護事業所・介護予防短期入所療養介護事業所の
指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 -)										
		福岡県					都市区					
直通連絡先		電話番号				FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 第 条 第 項 第 号												
事業所種別 (該当欄に○を記入)	① 介護老人保健施設											
	② 指定介護療養型医療施設											
	③ 療養病床を有する病院・診療所											
	④ 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院											
	⑤ 一般病床を有する診療所											
入院患者又は利用者の定員			人 (指定介護療養型医療施設の部分を再掲 人)									
入院患者の数(上記④⑤に該当の場合記入)			人									
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)										
	氏名	住所										
	生年月日											
従業者	(④⑤の場合記入)	担当医師	看護職員		介護職員		作業療法士		精神保健福祉士等			
			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												
設備基準上の記載項目	基準上の必要数値										適合の可否	
	④	老人性認知症疾患療養病棟の用に供される床面積			m ²		m ² 以上					
		病室	1病室の最大病床数			床		床以下				
			入院患者1人あたり床面積			m ²		m ² 以上				
		廊下	片廊下の幅			m		m以上				
			中廊下の幅			m		m以上				
		生活機能回復訓練室面積			m ²		m ² 以上					
		デイルームと面会室の合計面積			m ²		m ² 以上					
	入院患者1人あたり食堂面積			m ²		m ² 以上						
	⑤	建物の構造概要										
病室の入院患者1人あたり床面積			m ²		m ² 以上							
掲示事項	利用料		法定代理受領分									
			法定代理受領分以外									
	その他の費用											
	通常の送迎の		①	②	③	④	⑤					
	実施地域		備考									
添付書類	別添のとおり											

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
 - 「入院患者又は利用者の定員」欄は、短期入所療養介護に供する病棟に係る員数を記入してください。

様式第一四号中「第41条第一項本文」の次に「(第53条第一項本文)」を加へ、「居宅サービス」を「居宅(介護予防)サービス」に改める。
様式第四号を次のように改める。

様式第4号 (第4条関係)

再開届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

開設者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名) 印

下記のとおり介護保険法に規定する事業所(施設)の再開をしましたので届け出ます。

介護保険事業所番号 4 0

再開事業所(施設)	名 称
	所 在 地
サービス種類	
指定有効期間満了日	年 月 日
再開した年月日	年 月 日
休止するに至った理由	
休止していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	記入担当者名
	担当者連絡先

* 備考 休止事由等により添付書類が異なることがありますので、事業の再開に当たっては、必ず、県介護保険課(県保健福祉環境事務所)と協議した後に、再開届を提出してください。
 施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

様式第四号の次に次の様式を加える。

様式第4号の2 (第4条関係)

廃止・休止届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

開設者 住所 (所在地) 氏名 (名称及び代表者氏名)

印

下記のとおり介護保険法に規定する事業所(施設)の廃止(休止)をしたいので届け出ます。

介護保険事業所番号 4 0

Table with fields: 廃止(休止)事業所(施設), 名称, 所在地, サービス種類, 廃止・休止の別, 廃止・休止, 指定有効期間満了日, 年 月 日, 廃止・休止をする年月日, 年 月 日, 廃止・休止をする理由, 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置, 休止予定期間, 年 月 日 ~ 年 月 日, 記入担当者名, 担当者連絡先

備考 事業所(施設)の廃止(休止)をする日の1か月前までに届け出てください。

様式第九号の次に次の二様式を加える。

様式第10号 (第10条関係)

受付番号

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項(区分の変更)に基づく業務管理体制に係る届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

住所
開設者(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

印

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号

Form with multiple sections: 1 届出の内容, 2 事業者 (フリガナ, 住所, 代表者の職名・氏名・生年月日, 代表者の住所), 3 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項 (法令遵守責任者, 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要, 業務執行の状況の監査の方法の概要), 4 区分変更 (区分変更前行政機関名称, 事業者(法人)番号, 区分変更の理由, 区分変更後行政機関名称, 区分変更日, 記入担当者, 氏名, 電話, Fax).

様式第11号 (第10条関係)

受付番号	
------	--

介 護 保 険 法 第 115 条 の 32 第 3 項 に 基 づ く
業 務 管 理 体 制 に 係 る 届 出 書 (届 出 事 項 の 変 更)

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
開設者 (所在地)
氏 名 印
(名称及び代表者氏名)

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者 (法人) 番号																			
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1 法人名称(フリガナ) | 2 主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 |
| 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日 | 4 代表者の住所、職名 |
| 5 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日 | |
| 6 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 | |
| 7 業務執行の状況の監査の方法の概要 | |

変 更 の 内 容

(変更前)

(変更後)

記入 担当者	氏名		電話		Fax.	
-----------	----	--	----	--	------	--

附 則
この規則は、平成二十一年五月一日から施行する。