令和７年度募集　介護医療院運営計画書

１　整備概要

（施設の種別）

|  |
| --- |
| 　[ ] 　介護医療院１型　　　[ ] 　介護医療院Ⅱ型 |
| 　[ ] 　新設　　　　　　　　[ ] 　増設 |

（事業所の概要）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の予定地 |  |
| 施設名（仮称） |  |
| 併設事業 | [ ] 　訪問リハビリテーション | [ ] 　通所リハビリテーション |
| [ ] 　短期入所療養介護 |  |
| [ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 定員等 | 入所定員　　　　　　　　　　　　 | 　　　人 |
| [ ] 　ユニット型 | ユニット定員　　　人×　　　　　ユニット数 |
| [ ] 　従来型 | 個室　　　　室　・　多床室（　　　　人室×　　　　室） |
| 土地について | 現在の状況 | [ ] 　更地　　[ ] 　店舗　　[ ] 　住居[ ] 　その他(　　　　　　　) | [ ] 　防火地域　[ ] 　準防火地域[ ] 　その他(　　　) |
| 都市計画上の用途地域 |  |
| 敷地面積 | 　　　　　㎡ |
| 建築面積 | 　　　　　㎡ |
| 建ぺい率 | 　　　　　％ |
| 限度 | 　　　　　％ |
| 所有状況 | [ ] 　自己所有　　[ ] 　所有予定　　[ ] 　賃借済[ ] 　賃借予定　　[ ] 　その他(　　　　　　　　　) |
| 建物について | 占有権限 | [ ] 　自己所有　　[ ] 　所有予定　　[ ] 　賃借済[ ] 　賃借予定　　[ ] 　その他(　　　　　　　　　) |
| 工事区分 | [ ] 　新築　　　　[ ] 　増改築　　　[ ] 　改修[ ] 　その他(　　　　　　　　　　) |
| 構造 |  |
| 事業所専有面積 | 　　　　　㎡ |
| 延床面積 | 　　　　　㎡ |
| 容積率 | 　　　　　％ |
| 限度 | 　　　　　％ |

事業スケジュール

|  |  |
| --- | --- |
| 着　工 | 令和　　年　　月 |
| 竣　工 | 令和　　年　　月 |
| 開　所 | 令和　　年　　月 |

２　申込者（法人の概要）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人種別 |  |
| 法人名称 |  |
| 設立年月日 |  |
| 法人所在地 |  |
| 理事長氏名 |  |
| 法人の組織 |
|  | 役員 | 理事定数 | 名 |
|  | 学識経験者 | 名 |
| 地域の福祉関係者 | 名 |
| 施設長等 | 名 |
| その他 | 名 |
| 欠員 | 名 |
| 監事定数 | 名 |
|  | 財務諸表等を監査し得る者 | 名 |
| 学識経験者 | 名 |
| 地域の福祉関係者 | 名 |
| その他 | 名 |
| 欠員 | 名 |
| 評議員定数 | 地域の代表者 | 名 |
| その他 | 名 |
| 欠員 | 名 |

３　応募条件（法人の条件）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険法第70条第２項及び第115条の２第２項の規定に該当しない法人である | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 令和２年4月1日以降、法人の社会福祉施設等の事業運営にあたり介護保険法・老人福祉法・社会福祉法上の改善勧告・行政処分等を受けていない※「いいえ」の場合は処分内容・改善状況が分かる書類をすべて添付してください | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| ・令和２年4月1日以降、社会福祉施設等の整備事業者の選考取消を受けていない・法人の運営上重大な法令違反を行っていない | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 直近の法人監査・施設監査・実地指導等において指摘を受けていない(・複数の事業所を運営している場合は各事業所の直近の実地指導・監査等で指摘がないかを確認すること)(・一の事業所で複数の根拠法令による規制を受けてる場合は各法令による直近の実地指導・監査等で指摘がないかを確認すること)※「いいえ」の場合は指摘内容・改善状況が分かる書類を提出すること | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 令和２年4月1日以降又は直近の実地指導・監査等で虐待に関する指摘を受けていない※「いいえ」の場合は指摘内容・改善状況が分かる書類を提出すること | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 国税及び地方税を完納している。（法人税、消費税及び地方消費税、地方税、源泉所得税 等） | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 大阪市競争入札指名停止措置要綱に基づく指名停止措置を受けていない | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 法人役員（就任予定者を含む）に次の各号に該当する者はいないa. 大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けている者及び同要綱別表に掲げるいずれかの措置要件に該当する者b. 過去５年間に破産手続開始決定を受けた者c. 過去５年間に禁錮以上の刑に処せられ、その執行が終わるまでの者、又はその執行を受けることがなくなるまでの者 | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |

４　応募条件（施設の条件）

|  |  |
| --- | --- |
|  整備（応募）する施設数は１施設である | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 介護医療院の事業計画については「介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成30年厚生労働省令第5号）及び「介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」（平成30年老老発0322第１号厚生労働省老健局老人保健課長通知）並びに「大阪市介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例」（平成30年　大阪市条例第35号）、「大阪市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成25年大阪市条例第26号）及び「大阪市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等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等を定める条例」（平成25年大阪市条例第31号）を理解し、遵守する | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 建築基準法・消防法等関連法令に適合する建築計画であること、都市計画法に基づく開発許可に支障がないこと、不動産登記法に関する境界に問題がないこと、土地の所有又は使用が可能であること、その他、整備着手に支障や問題等がないことの確認を行った | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 施設整備が可能かの確認 | 開発誘導課確認日 | 建築確認課確認日 |
| 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |
| 増改築を行わない案件であり専門家に建物の適法性を確認しているので両課への確認は不要 |
| 施設整備に係る費用（建築費・設計監理費・開設準備資金等）及び施設運営（介護報酬・職員給与・光熱水費・介護材料費等）の現実的な収支見込等を具体的に策定すること | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 地主等と具体的な工費等について協議し承諾を得ていること（自己資金で建築する場合は現実的な費用を見込んだ） | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |

５　応募における注意事項の確認

|  |  |
| --- | --- |
| 選定を受けた場合は下記５以下と同等の内容で指定申請を行う | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |
| 同一土地において他の応募者がないか確認を行った | [ ] 　はい[ ] 　いいえ |

６　事業計画

|  |  |
| --- | --- |
| 応募事業の形態 | 　[ ] 　介護医療院（Ⅰ型）　[ ] 　介護医療院（Ⅱ型） |
| [ ] 　ユニット型個室　　　[ ] 　従来型個室　　　　　　[ ] 　多床室 |
| 　[ ] 　新設　　　　　　　　[ ] 　医療病床の減床による新設　　[ ] 　老人保健施設からの転換 |

（１）法人の運営理念

|  |
| --- |
| ・事業を計画した動機、事業実施によって実現しようとする目標等を自由に記入してください・既に介護事業、保険・医療・福祉等に事業実績がある場合は、その内容も記入してください・地域包括ケアシステムにおける施設の役割及び展開の方法を記入してください |
|  |

（２）法人の強み、独自性

|  |
| --- |
| ・法人の特色、強調出来る所、魅力等を自由に記載してください・医療機関を運営する法人の場合、医療機関の運営を通じて行ってきた、地域医療に貢献する活動について記載してください |
|  |

（３）収支決算の状況

|  |
| --- |
| ・「法人の最新年度を含む過去３年分の貸借対照表・損益計算書」、事業所開設後１年間の「収支計画書」（別紙３-１）及び「施設整備に係る資金計画」（別紙３-２）並びに「法人に係る財務状況」（別紙３－３）のとおり |
|  |

（４）施設整備計画の妥当性

|  |
| --- |
| ・平面図・各室面積表　　　※事業所の平面図・各室面積表を添付してください・平面図については基準に定められている設備の他、必要な設備等について専用・共用などがわかるよう記載してください・計画図面について重視したことやアピールできることがある場合は記載してください |
|  |

（５）災害に強い施設づくりへの対応・安全対策

|  |
| --- |
| ・入居者の安全確保(平時を含む)・健康保持や防災対応について記載してください |
|  |

（６）医療・介護ニーズへの対応について

|  |
| --- |
| ・協力医療機関の確保（併設医療機関の有無）、機能訓練、口腔、栄養など一体的に推進していくための独自の取り組み、感染症対策、経管により食事を摂取、喀痰吸引、透析などの個別ニーズ対応、認知症ケア・重度化防止の取り組み、看取り・ターミナルケアなど、実施していく取り組みについて具体的に記載してください |
|  |

（７）法人としてのコンプライアンス体制・権利擁護・虐待防止

|  |
| --- |
| ・コンプライアンス体制・権利擁護・虐待防止について具体的な取り組みを記載してください。 |
|  |

（８）職員の処遇確保・研修計画

|  |
| --- |
| 職員の処遇確保、ICT・介護ロボットの活用による介護サービスの質の向上、介護職員の身体的・精神的負担の軽減、業務改善、年間の研修計画（別紙４）について考え方を記載してください。 |
|  |

７　整備法人の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業等の運営実績 | 事業の種類 | 事業所の所在地 | 事業所名 | 指定年月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 介護保険事業以外の事業の大阪市内での運営実績 | 事業の種類 | 事業所の所在地 | 事業所名 | 事業開始年月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| サービスの質の確保 | ・利用者等の意見を取り入れ、利用者の多様なニーズにできる限り応えていくための仕組み、及び重度化防止等の対策や透析等特別なニーズに対応できる体制について具体的にどのように構築しようとしているのか記載してください |
|  |
| 人員の体制 | 募集要項に記載のとおり、選定評価項目ですので、十分に検討のうえ記載してください。　 |
| [ ] 　（ア）認知症チームケア加算の算定要件の基準を満たすことを確約する。 |
| [ ] 　（イ）リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組に係る各種加算要件の基準を満たすことを確約する。　　　　（令和６年３月15日付け老高発0315第２号・老認発0315第２号・老老発0315第２号「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」） |
| 各項目にチェックする場合は、仮想のシフト表（氏名に代えて職種と資格を記入）を作成して添付して下さい。※チェックを入れた場合は、必ず当該条件を満たす内容で指定申請を行う必要があります。 |