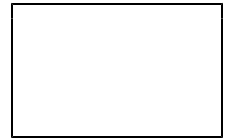


特定施設入居者生活介護事業者指定更新申請書 チェックリスト
(一般型)



受付番号		審査年月日	平成	年	月	日
申請者		担当者				
事業所名						

頁	確認箇所	確認項目	適	不	備考
第5号様式	1 申請(開設)者	①主たる事務所の所在地には、番地名、ビルの名称まで記載されているか ----- ②その他不備はないか			
	2 事業所	①主たる事業所等の所在地には、番地名、ビルの名称まで記載されているか ----- ②事業所連絡先の代表電話番号の記載はあるか ----- ③現に受けている指定の有効期間満了日が記載されているか ----- ④その他不備はないか			
	1 事業所	①事業所の名称及び所在地「第5号様式」の更新を受けようとする事業所の名称及び所在地と一致するか			
	2 管理者	①兼務する職種がある場合、当該職種は特定施設入居者生活介護事業所の管理に支障がないものであるか(基準§176関係) ----- ②管理者が当該事業所の生活相談員等を兼ねる場合、「当該事業所で兼務する他の職種」欄に該当職種名が記載されているか。 ----- ③管理者が同一の敷地内の他の事業所又は施設の職員を兼ねる場合、「事業所の名称」、「兼務する職種及び勤務時間等」の欄に記載されているか。 ----- ④その他不備はないか。			
付表10	3 利用者数	①前年度の平均値は正しく計算されているか。			算出表により確認
	4 従業者				
	1)生活相談員	①常勤換算後の人数が、利用者の合計数が100又はその端数を増す毎に1名以上となっているか ----- ②1名以上は常勤となっているか			
2)介護職員又は看護職員	①看護職員と介護職員の合計の常勤換算後の人数が、利用者の数が3又はその端数を増すごとに1名以上となっているか。介護予防特定を同一事業所において一体的に行う場合にあつては、要介護者の利用者の数に、要支援の利用者の数に10分の3を乗じて得た額の合計数が3又はその端数を増すごとに1名以上となっているか			特定+介護予防特定の場合、(要介護+要支援×0.3)÷3で算出	

概	確認箇所	確認項目	適	不	備考
付 表 10		②看護職員の常勤換算後の人数が次のとおりとなっているか。 ア) 総利用者数が30以下・・・1名以上 イ) 総利用者数が30超・・・1に総利用者数が30を超えて50又はその端数を増すごとに1を加えた数以上			
		②介護職員、看護職員のうち、各1名以上は常勤となっているか（専従・兼務の別は問わない）			
	3)機能訓練指導員	・1人以上配置されているか			
	4)計画作成担当者	・介護支援専門員で総利用者数が100又は端数を増すに1名以上となっているか。			
		・その他不備はないか			
5	主な掲示事項	①添付書類12の運営規程と記載内容が一致するか 1) 入居定員 2) 居室数 3) 利用料 4) その他の費用 ②その他記載事項に不備はないか			
6	協力医療機関	・記載内容が添付書類17の契約書の写しと一致するか			
添 付 書 類	1	申請者の登記事項証明書又は条例等	①原本が添付されているか（添付されているものを○で囲む）		
	2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	①添付されているか ②従業者の職種、員数及び勤務形態は、付表10の「従業者」欄の記載事項と一致するか ③常勤換算は適正に算出されているか ④その他記載事項に不備はないか		
	3	事業所に係る組織体制図	①添付されているか ②事業所の組織体制が簡明に記載されているか ③他事業所従業者との兼務関係が確認できるか		

様式	確認箇所	確認項目	適	不	備考
添 付 書 類	4 生活相談員等の資格を有することを証する書類	①添付されているか（不足はないか） ②当該職種に必要とされる資格を証するものであるか 1)生活相談員（社会福祉士又はそれと同等以上の能力を有する者） 2)看護職員（看護師又は准看護師） 3)機能訓練指導員（PT、OT、ST、看護師、准看護師、柔道整復士、あん摩マッサージ指圧師） 4)計画作成担当者（介護支援専門員） ③氏名等が鮮明に確認できるか。			介護支援専門員の資格確認にあたっては、有効期間が分かるものを提出させること
	5 事業所の位置図及び平面図	①添付されているか ②耐火建築物又は準耐火建築物となっているか。 ※なっていない場合基準規則の各号のいずれかに該当するか→第【 】号に該当 ③下記設備が設けられているか 1)介護居室 2)一時介護室 ※一時介護室がないとき、これに替わる部屋が確保されているか。 3)浴室 4)便所 5)食堂 6)機能訓練室 ※機能訓練室がない場合、他に機能訓練を行うために適当な広さの場所が確保されているか。			
	6 事業所の部屋別施設一覧表	①添付されているか ②6の③の設備について、各階ごとに部屋の種類、室数、面積等が記載されているか ③介護居室 ア 介護居室の定員は1人となっているか。（利用者の処遇上必要なときは、2人） イ プライバシーの保護に配慮し、介護を行える適当な広さがあるか。 ウ 地階に設けられていないこと エ 1以上の出入り口が避難上有効な空き地、廊下、又は広間に直接面して設けられているか。 ④一時介護室 介護を行うための適当な広さがあるか。 ⑤浴室 身体が不自由な者が入浴するのに適したものとなっているか ⑥便所 居室のある階ごとに設けられ、非常用設備を備えているか			

様式	確認箇所	確認項目	適	不	備考
添 付 書 類	7 事業所（施設） の設備の概要	①添付されているか ----- ②常夜灯の設置、階段傾斜、非常用設備、傾斜路、エレベーターの設置状況等について記載されているか			
	8 建築基準法による 検査済証	①添付されているか			
	9 消防法による検査 済証等	①添付されているか			
	10 運営規程	①添付されているか ----- ②記載項目は適切か 1) 事業の目的及び運営の方針 ----- 2) 従業者の職種、員数及び職務内容 ----- 3) 入居定員及び居室数 ----- 4) 指定特定施設入居者生活介護の内容及び利用料 その他の費用の額 ----- 5) 利用者が介護居室又は一時介護室に移る場合の 条件及び手続 ----- 6) 施設の利用に当たっての留意事項 ----- 7) 緊急時における対応方法 ----- 8) 非常災害対策 ----- 9) 苦情処理に関する事項 ----- 10) 虐待防止に関する事項 ----- 11) その他運営に関する重要事項			
	11 利用者からの苦情を処理する ために講ずる措置の概要	①添付されているか ----- ②参考様式6に示された項目についての記載があるか			
	12 協力医療機関又は協力歯科医療 機関との契約内容	①添付されているか			
	13 誓約書	①添付されているか ----- ②様式は正しいか ----- 特定施設入居者生活介護・・・参考様式11 ----- 介護予防特定施設入居者生活介護・・・参考様式12			
	14 介護支援専門員 総括票	①添付されているか。 ----- ②資格確認用書類と内容が合致しているか			

不適正と判断した項目の処理状況

受付番号		連絡年月日	平成 年 月 日
申請者		担当者	
事業所名		連絡相手方	

No.	不適正と判断した項目	連絡内容	補正完了
1			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
2			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
3			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
4			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
5			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
6			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
7			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了
8			<ul style="list-style-type: none"> ・差し替え ・追加送付 ・その他 () 月 日完了