

介護老人保健施設許可更新申請書 チェックリスト



受付番号		審査年月日	平成	年	月	日
申請者		担当者				
施設名						

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 更新を受けようとする事業所・施設の種類の	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				
	14 付表	1 施設	①施設の名称及び所在地は「第5号様式」の更新を受けようとする施設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、当該職種は介護老人保健施設の管理に支障がないものであるか ②管理者が当該施設の医師等を兼ねる場合、「当該介護老人保健施設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その他不備はないか。			
3 入所者数		①前年度の平均値は正しく計算されているか				
14	4 従業者	※常勤換算に用いる入所者数は、前年度の平均値を採用				
	1) 医師	・常勤の医師が1人以上配置されているか ※病院又は診療所と併設されている施設にあっては、必ずしも常勤の医師の配置は必要でない（常勤換算方法で、入所者数を100で除して得た数以上）				
	2) 薬剤師	・施設の実情に応じた適当数が配置されているか（入所者数を300で除した数以上が標準であること）				
	3) 看護職員又は介護職員	①常勤換算後の人数が、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1名以上となっているか（なお、看護職員の員数は看護・介護職員総数の2/7程度を、介護職員の員数は看護・介護職員総数の5/7程度を標準とする） ②常勤となっているか（専従・兼務の別は問わない） ※ただし書き有				
	4) 支援相談員	①1以上（入所者の数が100を超える場合は、常勤の支援相談員1名に加え、常勤換算後の人数が、10				

付 表		0を超える部分を100で除した数以上) となっているか				
		②常勤となっているか(専従・兼務の別は問わない)				
		5)理学療法士 ・作業療法士	・常勤換算後の人数が、入所者数を100で除して得た数以上となっているか			
		6)栄養士	・入所定員100以上の施設にあつては、常勤職員が1人以上配置されているか ※定員100未満の施設は非常勤でも可			
		7)介護支援専門員	・常勤職員が、1人以上配置されているか (入所者数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする)			
			・その他不備はないか			
	14	5	設備基準上の数値記載項目等			
			【従来型】			
			1)療養室	①「1室の最大定員」は、4人以下とされているか		
				②「入所者1人あたり最小床面積」は、8㎡以上とされているか		
			2)廊下	①「片廊下の幅」は、1.8m以上とされているか		
				②「中廊下の幅」は、2.7m以上とされているか		
			3)機能訓練室	①(床面積) ≥ (入所定員数) × 1㎡となっているか		
			4)食堂	①(床面積) ≥ (入所定員数) × 2㎡となっているか		
			・その他不備はないか			
		【ユニット型】				
		1)療養室	①「1室の最大定員」は、1人とされているか ※サービス提供上必要があれば2人可			
			②「1の療養室の床面積」は、10.65㎡以上とされているか ※2人部屋の場合は、21.3㎡以上			
		2)廊下	①「片廊下の幅」は、1.8m以上とされているか ※アルコーブ設置の場合は1.5m以上			
			②「中廊下の幅」は、2.7m以上とされているか ※アルコーブ設置の場合は1.8m以上			
		3)機能訓練室	①(床面積) ≥ (入居定員数) × 1㎡となっているか			
		4)共同生活室	①(床面積) ≥ (ユニット定員数) × 2㎡となっているか			
			・その他不備はないか			
	6	主な掲示事項	①添付書類14の運営規程と記載内容が一致するか 1)入所定員 2)利用料 3)その他の費用			
			②その他記載事項に不備はないか			

	7	通所リハビリテーションの状況	①必要事項に記入漏れがないか			
	8	協力医療機関	①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	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15の「従業者」欄の記載事項と一致するか ③介護職員、看護職員及び理学療法士等に係る常勤換算は適正か ④その他記載事項に不備はないか			
	2	医師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当該職種に必要なとされる資格を証するものであるか 1) 医師 2) 薬剤師 3) 看護職員 4) 理学療法士・作業療法士 5) 栄養士 6) 介護支援専門員 ③氏名等が勤務形態一覧表と合致しているか。合致していない場合は、戸籍抄本写しのコピー等姓改正等が確認できる書類が添付されているか			
	3	施設の位置図及び平面図	①添付されているか ②必要な設備が設けられているか 【従来型】 1) 療養室（入所者一人あたり床面積：8㎡以上） 2) 診察室 3) 機能訓練室（床面積：1㎡×入所定員数以上） 4) 談話室 5) 食堂（床面積：2㎡×入所定員数以上） 6) 浴室 7) レクリエーション・ルーム 8) 洗面所 9) 便所 10) サービス・ステーション 11) 調理室 12) 洗濯室又は洗濯場 13) 汚物処理室 ※3)、4)、5)、7)については、それぞれを区画せず、1つのオープンスペースとすることは差し支えないが、入所者に対する施設サービスの提供に支障を来さないよう全体の面積は各々の基準面積を合算したものの以上とすること。 【ユニット型】 1) ユニット（入居定員は、おおむね10人以下） イ 療養室 ロ 共同生活室 ハ 洗面所 ニ 便所 ※療養室は、いずれかのユニットに属し、当該ユニットの共同生活室に近接して一体的に設			

添 付 書 類		けられているか			
		2) 診察室			
		3) 機能訓練室 (床面積: 1 m ² × 入所定員数 以上)			
		4) 浴 室			
		5) サービス・ステーション			
		6) 調理室			
		7) 洗濯室又は洗濯場			
		8) 汚物処理室			
		③付表 15 の「設備基準上の数値記載項目等」に記載された数値と合致するか			
	4	建物の構造概要	①添付されているか ②7の②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居室の定員及び利用者1人あたりの床面積は、付表15の「設備基準上の数値記載項目等」に記載された数値と合致するか		
5	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			
6	運営規程	①添付されているか ②必要な項目について適切に記載されているか 1) 施設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) 入所定員 4) 入所者に対する介護老人保健施設サービスの内容及び利用料その他の費用の額 5) 施設の利用に当たっての留意事項 6) 非常災害対策 7) 苦情処理に関する事項 8) 虐待防止に関する事項 9) その他施設運営に関する重要事項			
7	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 ③その他記載事項に不備はないか			
8	協力医療機関との契約の内容	①添付されているか ②緊急時の対応、主な診療科目等について記載されているか			
9	誓約書	①添付されているか			
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	①総括票が添付されているか ②記入漏れはないか			

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