

短期入所生活介護事業者指定更新申請書 チェックリスト
 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の
 空床利用型・併設事業型)

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | | | |
|------|--|-------|----|---|---|---|
| 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 | 理由 |
|-------|--------------------------|---|---|---|----|
| 第5号様式 | 1 申請(開設)者 | ①申請者は法人格を有しているか ----- ②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 ----- ③その他不備はないか | | | |
| | 2 事業所 | ①事業所名称が記載されているか ②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 ③事業所連絡先の代表電話番号の記載はあるか ④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 ⑤管理者の氏名等は付表の記載と一致しているか。 | | | |
| 付表8 | 1 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 ①第5号様式の記載と一致するか | | | |
| | 2 当該事業の実施について定めてある条例等の条文 | ①記載されているか ②条例等の条文と一致するか | | | |
| | 3 管理者 | ①兼務する職種(当該事業所の医師等を除く)がある場合、当該職種は訪問短期入所生活介護事業所の管理に支障がないものであるか(基準§122関係) ----- ②管理者が当該事業所の医師等を兼ねる場合、「当該短期入所生活介護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その他不備はないか。 | | | |
| | 3 従業者 | ※空床利用型の場合、本体の特養に必要とされる数が確保されるために必要な数以上(基準§121②) | | | |
| | 1) 医師 | ・1人以上配置されているか(勤務形態は問わない) (基準§121①I関係) | | | |
| | 2) 生活相談員 | ①常勤換算後の人数が、本体の特養の入所者及び併設事業所の利用者の数が100又はその端数を増す毎に1名以上となっているか (基準§121①II関係) ----- ②1名以上は常勤となっているか(専従・兼務の別は問わない)(基準§121⑤関係) ※利用者20人未満の併設事業所には適用なし | | | |
| | 3) 介護職員又 | ①常勤換算後の人数が、本体の特養の入所者及び併設 | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--------------------|---|--|--|--|--|
| 付 表 8 | | は看護職員 | 事業所の利用者の数が3又はその端数を増す毎に1名以上となっているか (基準§121①Ⅲ関係) | | | |
| | | | ②介護職員、看護職員のうち、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) (基準§121⑤関係) ※利用者20人未満の併設事業所には適用なし | | | |
| | | | ③介護職員を常時1人以上介護に従事させているか(基準§130⑥関係) | | | |
| | | 4) 栄養士 | ・本体の特養とは別に、1人以上配置されているか(基準§121①Ⅳ関係) ※利用者が40人未満の場合、他施設との連携により置かないことができる(基準§121ただし書) | | | |
| | | 5) 機能訓練指導員 | ・本体の特養とは別に、1人以上配置されているか (基準§121①Ⅴ関係) | | | |
| | | 6) 調理員その他の従業者 | ・適当数配置されているか (基準§121①Ⅵ関係) | | | |
| | | | ・その他不備はないか | | | |
| | | 4 設備基準上の記載項目等 | ※経過措置(附則§3):省令施行の際現存している事業所等については、適用されない。 | | | |
| | | 1) 居室 | ①「1室あたりの最大定員」は、4人以下とされているか(基準§124⑥Ⅰイ関係) ②「利用者1人あたり最小面積」は、10.65㎡以上とされているか(基準§124⑥Ⅰロ関係) | | | |
| | | 2) 廊下 | ①「片廊下の幅」は、1.8m以上とされているか(基準§124⑦Ⅰ関係) ②「中廊下の幅」は、2.7m以上とされているか(基準§124⑦Ⅰただし書関係) | | | |
| | 3) 食堂と機能訓練室の合計面積 | ・(食堂と機能訓練室の合計面積) ≥ (利用定員) × 3 となっているか (基準§124⑥Ⅱロ関係) | | | | |
| | | ・その他不備はないか | | | | |
| | 5 主な掲示事項 | ①運営規程と記載内容が一致するか 1) 利用定員 2) 利用料 3) その他の費用 4) 通常の事業の実施地域 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添付されているか ②法人が行う事業に「短期入所生活介護事業・介護予防短期入所生活介護事業」を実施する旨記載されているか ③条例等にあつては、公布したものの写しが添付されているか | | | | |
| | 2 特別養護老人ホームの認可証の写し | ・添付されているか | | | | |
| | 3 従業者の勤務の体制及び勤務形態 | 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8の「従 | | | | |

| | | | | | | |
|-------------|----------------------|--|--|--|--|--|
| 付 書 類 | 態一覧表 | <p>業者」欄の記載事項と一致するか</p> <p>③常勤換算は適正に算出されているか</p> <p>④その他記載事項に不備はないか</p> <p>※更新年月日から4週間分、勤務時間ごとに記号（番号）を付し、その記号を記載してください。</p> | | | | |
| | 4 医師等の資格を有することを証する書類 | <p>①添付されているか（不足はないか）</p> <p>②当該職種に必要とされる資格を証するものであるか</p> <p>1) 医師</p> <p>2) 生活相談員（社会福祉主事又はそれと同等以上の能力を有する者）</p> <p>3) 看護職員</p> <p>4) 栄養士</p> <p>5) 機能訓練指導員</p> <p>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、戸籍抄本の写し等姓の改正等が確認できる書類が添付されているか</p> | | | | |
| | 5 事業所の平面図 | <p>①添付されているか</p> <p>②基準 § 1 2 4 ③各号の設備が設けられているか</p> <p>※1 空床利用型の場合、特養として必要とされる設備で足りる（基準 § 124⑤）</p> <p>※2（★）は、他の社会福祉施設の設備を利用することにより、短期入所生活介護事業の効率的運用が図られる場合等にあっては設けないことができるもの</p> <p>※3 当該併設事業所及び当該併設事業所と同一敷地内にある併設本体施設の設備を指定短期入所介護の事業の用に供することで足りる（基準 § 124 ③）</p> <p>1 居 室</p> <p>2 食 堂（★）</p> <p>3 機能訓練室（★）</p> <p>4) 浴 室（★）</p> <p>5) 便 所</p> <p>6) 洗面設備</p> <p>7) 医務室（★）</p> <p>8) 静養室</p> <p>9) 面談室（★）</p> <p>10) 介護職員室</p> <p>11) 看護職員室</p> <p>12) 調理室（★）</p> <p>13) 洗濯室又は洗濯場（★）</p> <p>14) 汚物処理室（★）</p> <p>15) 介護材料室（★）</p> <p>③付表8の「設備基準上の記載項目等」に記載された数値と合致するか</p> | | | | |
| | 6 写真 | <p>①添付されているか</p> <p>②事業所の各室等ごとに撮影されているか（ただし、同じ構造である部屋等は1カ所のみ）</p> <p>③写真撮影位置がわかるよう写真と平面図に番号が記</p> | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|----|--------------------------|---|--|--|--|
| 添 付 書 類 | | 入されているか | | | | |
| | 7 | 建物の構造概要 | ①添付されているか ②6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8の「設備基準上の記載項目等」に記載された数値と合致するか | | | |
| | 8 | 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 ※居室、機能訓練室、食堂、浴室及び静養室が2階以上にならない場合は傾斜路は不要。また、傾斜路が必要な場合でもエレベーターを設置すれば傾斜路は不要。 | | | |
| | 9 | 建築基準法上の検査済み証 | ①添付されているか | | | |
| | 10 | 消防法上の検査済み証 | ①添付されているか | | | |
| | 11 | 運営規程 | ①添付されているか ②基準第137条に規定された各項目について適切に記載されているか 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) 利用定員 4) 指定短期入所生活介護の内容及び利用料その他の費用の額 5) 通常の送迎の実施地域 6) サービス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) 通常の送迎の実施地域 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 | | | |
| | 12 | 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 | | | |
| | 13 | 協力医療機関との契約の内容 | ①添付されているか（基準第136条参照） 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 | | | |
| | 14 | 誓約書 | ①添付されているか ②押印されているか | | | |

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 |