

介護療養型医療施設指定更新申請書 チェックリスト  
 (療養病床を有する病院)



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			
付表16-1	1 施設	・施設の名称及び所在地「第5号様式」の指定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 開設年月日	・記載されているか			
	3 管理者	①同一敷地内の他の事業所等の従業者と兼務する場合、当該職種は申請に係る施設の管理に支障がないものであるか ----- ②管理者が申請に係る施設の医師を兼ねる場合、「当該事業所で兼務する他の職種」欄に「医師」と記載されているか ----- ③その他不備はないか			
	4 施設類型	①該当する類型(①～②)に○が記されているか ----- ②「左のうち申請する病床数」欄の数値は適切か(申請予定数を超過していないか) ----- ③当該病棟の平均入院患者数は正しく計算されているか ----- ④「完全型」「転換型」のいずれか該当する方に○が記されているか ----- ⑤その他不備はないか			
	5 従業者の職種・員数				
	1) 看護職員	①従業者数及び勤務形態は、添付書類4と一致するか ----- ②常勤換算は適切か(添付書類4) ----- ③常勤換算後の人数は、添付書類4と一致するか ----- ④常勤換算後の人数は「当該病棟の平均入院患者数」欄の数値の対して「6:1」以上となっているか			
	2) 介護職員	①従業者数及び勤務形態は、添付書類4と一致するか ----- ②常勤換算は適切か(添付書類4) ----- ③常勤換算後の人数は、添付書類4と一致するか ----- ④常勤換算後の人数は「当該病棟の平均入院患者数」			

付 表 16   1		欄の数値の対して「6：1」以上となっているか			
	3) 理学・作業療法士	・従業者数及び勤務形態は、添付書類4と一致するか (配置されていなくても可)			
	4) 介護支援専門員等	①従業者数及び勤務形態は、添付書類4と一致するか ②従業者数は、「当該病棟の平均入院患者数」欄の数値に対して「100：1」以上となっているか ③兼務職種は、申請に係る施設の他の業務か			
	6	設備基準上の数値			
		【従来型】			
	1) 病室	①一の病室の病床数は4床以下か ②入院患者1人につき6.4平方メートル以上か			
	2) 機能訓練室	・40㎡以上の面積を有するか			
	3) 廊下	①片廊下の幅は1.8メートル以上か (経過措置あり：第10条「1.2メートル」) ②中廊下の幅は2.7メートル以上か (経過措置あり：第10条「1.6メートル」)			
	4) 食堂面積	・療養型病床群の入院患者1人につき1平方メートル以上の広さがあるか			
		【ユニット型】			
	1) 病室	①一の病室の病床数は1床以下か ※サービス提供上必要があれば2人可 ②一の病室の床面積は13.2㎡以上とされているか ※2人部屋の場合は、21.3㎡以上 (経過措置あり：附則第7条①「10.65㎡以上」)			
	2) 機能訓練室	①40㎡以上の面積を有するか			
	3) 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			
	4) 共同生活室	①(共同生活室の床面積) ≥ (ユニット入院患者数) × 2㎡以上となっているか (経過措置あり：附則第7条①「必要な広さ」)			
	7	主な掲示事項	①添付書類8の運営規程と記載内容が一致するか 1) 入院患者の定員(=「左のうち申請する病床数」) 2) 利用料(法定代理受領分) 3) 利用料(法定代理受領分以外) 4) その他の費用 ②その他記載事項に不備はないか		
添 付 書 類	1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式2)	①添付されているか ②従業者の職種、員数及び勤務形態が確認できるか ・医師 ・薬剤師 ・栄養士(病床数100以上の病院にあっては1) ・看護職員・介護職員 ・理学療法士・作業療法士・介護支援専門員等 ③その他記載事項に不備はないか		

添 添 付 書 類	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） 医師 薬剤師 栄養士 看護職員 理学療法士・作業療法士 介護支援専門員等			
			②氏名等が鮮明に確認できるか			
	3	運営規程	①添付されているか ②基準第24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) 入院患者の定員 4) 入院患者に対する指定介護療養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) その他施設の運営に当たっての重要事項			
	4	誓約書	①添付されているか			
	5	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"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
2			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
3			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
4			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
5			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
6			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
7			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了
8			<ul style="list-style-type: none"> <li>・差し替え</li> <li>・追加送付</li> <li>・その他</li> </ul> ( ) 月 日完了